



UCAM
**UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Departamento de Ciencias de la Salud

Análisis de la influencia de la inmigración en la
configuración de los cuidados informales y sistemas de
autoatención en Murcia

Isabel Morales Moreno

Directores:

Dr. D. Enrique Perdiguero Gil

Dra. D^a Paloma Echevarría Pérez

Murcia. Mayo de 2011



UCAM

Universidad Católica
San Antonio

**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE LA TESIS
PARA SU PRESENTACIÓN**

El Dr. D. Enrique Perdiguero Gil y la Dra. D^a. Paloma Echevarría Pérez como Directores⁽¹⁾ de la Tesis Doctoral titulada “*Análisis de la influencia de la inmigración en la configuración de los cuidados informales y sistemas de autoatención en Murcia*” realizada por D^a. Isabel Morales Moreno en el Departamento de Ciencias de la Salud, autoriza su presentación a trámite dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

LO QUE FIRMO, PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS REALES DECRETOS 56/2005 Y 778/98, EN MURCIA A 3 DE MAYO DE 2011.

Dr. D. Enrique Perdiguero Gil

Dra. D^a Paloma Echevarría Pérez

(1) Si la Tesis está dirigida por más de un Director tienen que constar y firmar ambos

AGRADECIMIENTOS

A mis directores de Tesis, el Dr. D. Enrique Perdiguero Gil y la Dra. D^a Paloma Echevarría Pérez, por haber aceptado dirigir esta investigación, por su ayuda ante las adversidades surgidas durante el transcurso de este estudio, por encauzar la Tesis con sus sabios consejos de maestro, por los ánimos con este “*último trabajo escolar*” y especialmente, por la amistad que nos queda a partir de ahora.

Bien he podido comprender que la familia es lo primero, lo último y lo que queda. Quisiera agradecer a Isabel, mi madre, y a mi hermano Pedro, su incondicional apoyo. Gracias especialmente por cuidar tanto de mí durante el transcurso de esta tesis. Mi madre siempre ha sido el motor de nuestra pequeña familia, la persona que más empeño y esfuerzo personal ha puesto para que todo funcionase, para que llegáramos cada uno a nuestra meta, haciendo inmensos sacrificios por sus hijos. Gracias mamá, por creer en mí, y por la fuerza y el ánimo que nos sigues dando cada día.

Mi hermano merece una mención especial, ya que la mayor parte de lo que soy se lo debo a él, que me ha llevado de la mano siempre en el camino de la vida, siendo, sin duda alguna, el mejor espejo en el que una hermana pequeña se podía mirar.

A Pedro, mi padre; aunque ya no estemos a tiempo para que puedas leer esta tesis, seguro que allá donde estés, te hará tanta ilusión como a mí. Gracias por transmitirnos, con tu ejemplo, que nunca debíamos perder el interés y la curiosidad por aprender, por saber más, por enseñarnos que no hay límites en el mundo de las ideas y por descubrir contigo la grandeza que se esconde dentro de los libros. Te dedico especialmente esta Tesis, papá, porque ahora, y siempre que haga algo creativo te tendré en mi pensamiento, y eternamente en mi corazón.

A D. Diego Gutiérrez Gambín, por haber confiado en mí para colaborar en aquel proyecto, hace ya 13 años, que hoy día es una gran realidad, la Facultad de Enfermería de la UCAM, donde me he podido desarrollar tanto profesional como personalmente. Es una gran ocasión para mostrarte mi agradecimiento, mi cariño, mi profundo respeto y la gran admiración que te profesaré siempre.

A mis amigos de la UCAM; he podido encontrar y conocer a grandes e increíbles personas en esta Universidad, que llevaré siempre en el corazón. Gracias por haber compartido tantos momentos importantes conmigo (en la salud y en la enfermedad...), por la sensación de pertenencia que tengo con vosotros, por lo hermoso que es encontrar la amistad entre los compañeros de trabajo, por recorrer este camino a vuestro lado, por lo afortunada que me siento de que forméis parte de mi vida, y por llenarla de tantas cosas buenas.

A Charo Gómez y Encarna Martínez, que ejercieron de hábiles porteros ayudándome a acceder a los entornos de estudio; mi agradecimiento no es sólo por esto, sino por la inmensa valía personal de ambas y ser para mí, mucho más que buenas compañeras.

De nuevo quiero mencionar a D^a Paloma Echevarría, esta vez como compañera, y a D^a María José López Arroyo, que juntas son para mí mucho más que un equipo directivo; quiero agradecer y reconocer vuestra implicación constante, trabajo bien hecho, esfuerzo sin límites y dedicación personal tanto por la Facultad de Enfermería de la UCAM como por todos y cada uno de los profesores que trabajan en ella. Gracias por cuidar tanto de vuestra gente, aunque no se vea.

A Juani Gallego, por la ayuda en sus tiempos como becaria de iniciación a la investigación. Gracias por transcribir varias de las entrevistas con la perfección y profesionalidad que caracteriza todo lo que haces.

A Characa y a las Auxiliares de Ayuda a Domicilio de Cruz Roja; mi más inmenso agradecimiento.

A mis informantes, especialmente a Mercedes y Dana, por abrirme las puertas de vuestra casa y ofrecerme lo poco que teníais sin conocerme. Gracias por dejarme compartir con vosotras vuestra vida en aquellas maravillosas tardes de entrevista, dándome grandes lecciones de humanidad, bondad y confianza sin límites. Fue un verdadero deleite escuchar vuestros apasionantes relatos; no tengo palabras que puedan expresar lo que supuso para mí el trabajo de campo a nivel personal; no lo olvidaré nunca.

A Titu; gracias por abrir las puertas que otros cerraban durante el trabajo de campo de esta investigación, con la bondad y generosidad que sólo tú tienes; a Juan Baena, por tu constante apoyo y salvarme de la catástrofe informática en pleno mes de Agosto, transplantando un cerebro nuevo a mi PC; a Ana Campiña, por infundirme siempre tu afán de superación personal, ayudándome a traspasar muros en lugar de levantarlos. Gracias, de corazón, a los tres por estar ahí siempre.

A mis amigas de Mazarrón, que junto al resto de mi familia, me recuerdan lo importante que es no perder nunca las raíces de la tierra y permitirme valorar, al final de la tesis, lo hermoso que es "*volver*".

A Carmen Pérez. Estas últimas navidades (en la recta final de la tesis), me brindaste tu comprensión, ánimo y apoyo cuando más lo necesitaba. Gracias por lo mucho que me ayudaste sin saberlo. Te lo agradeceré siempre.

Y por último, pero no por ello menos importantes, a mis alumnos, que son la causa y el efecto de todo aquello a lo que me dedico en la universidad, brindándome cada día el reto de mejorar en esta profesión. Gracias por darme la maravillosa oportunidad de poder transmitir mi ilusión e interés por el cuidado del ser humano y todo lo que para mí constituye la esencia de cuidar, especialmente, aquello que no se encuentra en los libros.

A mi padre:

Es ahora cuando comprendo plenamente el significado de lo que has llegado a ser para nosotros y el inmenso sentimiento con el que has llenado nuestras vidas.

Tu grandeza de corazón nos regaló el más maravilloso secreto, y tu eterna presencia, nunca nos dejará solos.

ÍNDICE

ABREVIATURAS.....	15
ÍNDICE DE FIGURAS.....	16
ÍNDICE DE TABLAS.....	18
ÍNDICE DE ANEXOS.....	19

CAPÍTULO I.- INTRODUCCIÓN Pág. 21

1. INTRODUCCIÓN.....	23
1.1 Propósito y objeto de estudio.....	23
1.2 Objetivos.....	28

CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO E INTERPRETATIVO Pág. 31

2. MARCO TEÓRICO E INTERPRETATIVO.....	33
2.1 Ancianidad.....	34
2.1.1 Aspectos sociodemográficos actuales en España: Una sociedad que envejece.....	34
2.1.2 Construcción social y cultural de la vejez.....	42
2.1.2.1 Concepto de vejez.....	42
2.1.2.2 Visión histórica y social de la vejez.....	46
2.1.2.3 Referentes teóricos y modelos socioculturales sobre el envejecimiento.....	48
2.1.3 Proceso salud/enfermedad/atención y dimensiones de la enfermedad en la vejez.....	57
2.1.3.1 Elementos conceptuales.....	57
2.1.3.2 Bases teóricas del proceso salud/enfermedad/atención en la ancianidad dentro del marco del Modelo Médico Hegemónico.....	64

2.1.4 La familia ante la ancianidad.....	75
2.1.4.1 Elementos conceptuales y aspectos sociodemográficos de la familia frente a la ancianidad.....	75
2.1.4.2 Referentes teóricos para el análisis sociocultural de la familia en relación a la ancianidad	79
2.1.5 Personas dependientes: Atención socio-sanitaria a la dependencia en España.....	85
2.1.5.1 Dependencia: conceptualización y generalidades.....	85
2.1.6 Medidas de apoyo a la dependencia en España.....	89
2.2 Cuidados informales, sistemas de autoatención y grupo doméstico.....	95
2.2.1 Cuidado profesional y cuidado informal: maridaje desde un mismo origen de la actividad de cuidar ligada al género.....	95
2.2.1.1 Generalidades sobre el origen cuidado.....	95
2.2.1.2 Autoatención y autocuidado.....	99
2.2.1.3 Cuidado informal.....	104
2.2.1.4 Relación entre el sistema formal e informal de cuidados en la atención a la dependencia.....	110
2.2.1.5 La figura del cuidador informal.....	116
2.2.2 La relación de ayuda en el cuidado informal.....	119
2.2.3 Aspectos éticos del cuidado en la dependencia.....	119
2.2.4 Cuidadoras inmigrantes: un nuevo modelo de cuidado informal no familiar en el entorno doméstico.....	122
2.3 Inmigración.....	126
2.3.1 Aspectos demográficos de la inmigración.....	130
2.3.2 Cambio social y cultural.....	134
2.3.2.1 La inmigración como factor de cambio social.....	136
2.3.2.2 La inmigración como factor de cambio cultural.....	137

2.3.3 Estigmatización y diferencia: representaciones sociales y culturales.....	141
2.3.4 Inmigración, género y sector laboral.....	145
2.4 Diálogo cultural en el ámbito de los cuidados informales de salud.....	150
2.4.1 Generalidades sobre la influencia de la interculturalidad sobre los cuidados informales de salud.....	150
2.4.2 Diálogo cultural: encuentros y desencuentros.....	158
2.4.3 Dificultades terminológicas ante el fenómeno del pluralismo asistencial.....	160
2.4.4 Contextos de interculturalidad-mestizaje cultural.....	163
2.4.5 Elementos teóricos para valorar la consistencia hereditaria o consistencia cultural a través del cuidado informal.....	168
2.4.6 Cuidados culturales.....	171

CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA

Pág. 175

3.METODOLOGÍA.....	177
3.1 El diseño etnográfico.....	177
3.2 Población de estudio, criterios de inclusión/exclusión, muestra y procedimientos de muestreo.....	181
3.3 Técnicas e instrumentos de investigación.....	186
3.4 Cuestiones de validez.....	191
3.5 Control de la reflexividad y ecuación personal.....	195
3.6 Trabajo de campo y fases del estudio.....	197
3.7 Fundamentación y descripción detallada del plan de análisis.....	206
3.8 Dificultades y posibles limitaciones del estudio.....	210
3.9 Aspectos éticos.....	211

CAPÍTULO IV.- ETNOGRAFÍA. ASPECTOS SOCIALES, CULTURALES Y SANITARIOS RELACIONADOS CON LA CONSTRUCCIÓN DE LA ANCIANIDAD DEPENDIENTE **Pág.213**

4. ETNOGRAFÍA: ASPECTOS SOCIALES, CULTURALES Y SANITARIOS RELACIONADOS CON LA CONSTRUCCIÓN DE LA ANCIANIDAD DEPENDIENTE.....	215
4.1 Problemática social y sanitaria de la ancianidad actual.....	215
4.2 La familia y el proceso salud/enfermedad/atención en la ancianidad.....	228
4.3 Atención a la dependencia: percepción social.....	238

CAPÍTULO V.-ETNOGRAFÍA. CUIDADORES FAMILIARES Y CUIDADORES INMIGRANTES ANTE LA DEPENDENCIA: CONSTRUCCIÓN DE LOS CUIDADOS INFORMALES Y SISTEMAS DE AUTOATENCIÓN EN EL GRUPO DOMÉSTICO **Pág.255**

5. ETNOGRAFÍA. CUIDADORES FAMILIARES Y CUIDADORES INMIGRANTES ANTE LA DEPENDENCIA: CONSTRUCCIÓN DE LOS CUIDADOS INFORMALES Y SISTEMAS DE AUTOATENCIÓN EN EL GRUPO DOMÉSTICO.....	257
5.1 Relación sistema formal e informal de cuidados en la atención a la dependencia.....	257
5.2 La figura del cuidador informal.....	269
5.2.1 Percepción del género asociada al cuidado.....	271
5.2.2 Roles.....	274
5.2.3 Motivos para ser cuidador.....	277
5.2.4 Percepción de sacrificio asociado al cuidado.....	280
5.2.5 Apoyo entre cuidadores.....	284
5.2.6 Fuerza de trabajo.....	288

5.2.7 Necesidades y limitaciones.....	291
5.3 Dinámicas del cuidado informal.....	299
5.4 Relación de ayuda en el cuidado informal.....	313
5.4.1 Comunicación interpersonal terapéutica.....	314
5.5 Cuidadoras inmigrantes.....	317
5.5.1 Percepción social del género en relación al cuidado informal por parte de cuidadoras inmigrantes.....	322
5.5.2 Motivaciones, fuerza de trabajo y rol de cuidadora principal inmigrante.....	325
5.5.3 Roles del cuidador inmigrante.....	329
5.5.4 Necesidades del cuidador inmigrante y déficit de apoyo.....	331
5.5.5 Percepción social de la cuidadora inmigrante desde la perspectiva de los cuidadores familiares.....	336

CAPÍTULO VI.- ETNOGRAFÍA. ASPECTOS SOCIALES Y CULTURALES DE LA INMIGRACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS CUIDADORAS INMIGRANTES **Pág.345**

6. ETNOGRAFÍA. ASPECTOS SOCIALES Y CULTURALES DE LA INMIGRACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS CUIDADORAS INMIGRANTES.....	347
6.1 Inmigración en nuestro entorno.....	347
6.1.1 Factores causantes de las migraciones.....	347
6.1.2 Redes migratorias y apoyo social.....	353
6.1.3 Aspectos legislativos, ciudadanía y Estado de Bienestar.....	364
6.1.3.1 Aspectos legislativos.....	364
6.1.3.2 Ciudadanía, libertad y Estado de Bienestar.....	374
6.1.4 Actitud ante más inmigración.....	379

6.1.5	Perspectivas de retorno al país de origen.....	382
6.1.6	Perspectivas de mejora sobre la situación de los inmigrantes.....	386
6.1.7	Balance de consecuencias: influencia del movimiento migratorio en sus vidas.....	386
6.1.8	Consecuencias de la inmigración en España (cuidadores familiares, versus, cuidadores inmigrantes).....	388
6.2	Estigmatización y diferencia: representaciones sociales y culturales.....	389
6.2.1	Percepción social de la diferencia como estigma: representaciones y prácticas de discriminación hacia cuidadores inmigrantes.....	391
6.2.2	Percepción positiva sobre la inmigración.....	394
6.2.3	Estereotipos.....	395
6.2.4	Producción social de la diferencia: representaciones y prácticas de discriminación en el discurso de los cuidadores familiares.....	397
6.3	La mujer en los movimientos migratorios y el mercado laboral.....	400
6.3.1	Matrifocalidad.....	404
6.3.2	Condiciones laborales.....	406
6.3.3	Cualificación.....	410
6.3.4	Roles de la cuidadora inmigrante.....	412
6.3.5	Reconocimiento social del trabajo.....	413
6.4	Inmigración y cambio social.....	417
6.4.1	Integración social.....	417
6.4.2	Soporte económico transnacional y dificultades económicas.....	426
6.4.3	Desestructuración familiar de los cuidadores inmigrantes.....	430
6.4.4	Influencia del trabajo en la desestructuración familiar del inmigrante en el nuevo entorno.....	431
6.4.5	Arraigo de la noción de familia extensa.....	432
6.5	La inmigración como factor de cambio cultural.....	439
6.5.1	Importancia del mantenimiento de la cultura.....	440

6.5.2 Valores subyacentes.....	443
6.5.3 Mantenimiento de las tradiciones culinarias, lenguaje y rituales festivos.....	449
6.5.4 Aspectos educativos en el nuevo entorno.....	450
6.5.5 Predisposición al cambio cultural y procesos de mestizaje e hibridación.....	453
6.5.6 Actitud ante la identidad.....	458
6.5.7 Identificación con nuevas costumbres y tradiciones.....	459

**CAPÍTULO VII.- ETNOGRAFÍA. EL DIÁLOGO INTERCULTURAL EN LOS
CUIDADOS INFORMALES DE SALUD: UN ELEMENTO DINAMIZADOR DEL
CAMBIO CULTURAL Y NUEVAS PRÁCTICAS DE SALUD** **Pág. 463**

7. ETNOGRAFÍA. EL DIÁLOGO INTERCULTURAL EN LOS CUIDADOS INFORMALES DE SALUD: UN ELEMENTO DINAMIZADOR DEL CAMBIO CULTURAL Y NUEVAS PRÁCTICAS DE SALUD.....	465
7.1 El entorno doméstico de cuidados: transformación del grupo doméstico y lugar de encuentro cultural.....	465
7.1.1 Nueva estructura familiar y grupo doméstico.....	466
7.2 Otros sistemas de atención a la salud: representaciones y prácticas.....	473
7.2.1 Atención a la salud en la sociedad de origen.....	473
7.3 El diálogo cultural en los cuidados informales: una vía de apertura a la hibridación y mestizaje cultural.....	487
7.3.1 Mestizaje / Hibridación.....	490
7.3.2 Dificultades de adaptación.....	492
7.4 El encuentro intercultural en los cuidados informales como factor de impulso del pluralismo asistencial.....	494

7.4.1 Pluralismo asistencial (prácticas y visión emic).....	498
7.5 Más allá de los cuidados culturales: cuidados transculturales y consistencia cultural en los cuidados informales.....	501
7.5.1 Aspectos universales o transculturales del cuidado.....	502
7.5.1.1 Aspecto humano.....	503
7.5.1.2 Valores, aspectos morales y emocionales asociados al cuidado.....	505
7.5.1.3 Bien social.....	507
7.5.1.4 Percepción familiar del cuidado informal.....	508
7.5.2 Cuidados culturales (aspectos específicos).....	511
7.5.3 Herencia cultural en los cuidados.....	512
7.6 Perspectivas de futuro en los cuidados informales.....	514

CAPÍTULO VIII.- CONCLUSIONES

Pág. 519

8.CONCLUSIONES.....	521
8.1 Ancianidad dependiente: problemática y necesidades.....	521
8.2 Análisis de la estructura de los dispositivos que configuran los cuidados informales y el proceso de intercambio de apoyo entre cuidadores.....	524
8.3 Análisis del cambio social y cultural relativo a la inmigración, basado en las vivencias de las cuidadoras inmigrantes.....	527
8.4 Mestizaje y diálogo cultural en la dimensión doméstica de cuidar: análisis de la herencia cultural, los cuidados culturales y otras formas de atender la salud circunscritas a la autoatención.....	530

ÍNDICE 15

CAPÍTULO IX.-BIBLIOGRAFÍA Pág. 535

9.BIBLIOGRAFÍA.....537

ANEXOS (CD)

ABREVIATURAS

ANA: American Nursing Association

APS: Atención Primaria de Salud

C: Cuidador

CI: Cuidador Inmigrante

CF: Cuidador Familiar

I: Investigador

IMAS: Instituto Murciano de Acción Social

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

INE: Instituto Nacional de Estadística

MMH: Modelo Médico Hegemónico

NCCAM: National Center for Complementary and Alternative Medicine

OMS / WHO: Organización Mundial de la Salud/ World Health Organization

S/E/A: Proceso Salud/Enfermedad/Atención

SNS: Sistema Nacional de Salud

...: Pausa en el discurso

[...]: Supresión de parte del discurso

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 Gráfico sobre la evolución de las tasas brutas de natalidad y mortalidad en España.....	37
Figura 2.2 Gráfico sobre la evolución de las tasas brutas de natalidad y mortalidad en la Región de Murcia.....	37
Figura 2.3 Gráfico sobre la evolución de la esperanza de vida.....	38
Figura 2.4 Gráfico sobre la evolución demográfica española en personas mayores de 80 años.....	39
Figura 2.5 Gráfico sobre la distribución etárea de la población mayor de 65 años en España.....	39
Figura 2.6 Gráfico sobre la distribución etárea de la población mayor de 65 años en la Región de Murcia.....	40
Figura 2.7 Relación entre las dimensiones de la enfermedad, la ancianidad y la dependencia.....	61
Figura 2.8 El sistema de atención a la salud en las sociedades actuales.....	103
Figura 2.9 Factores condicionantes de la aparición del fenómeno social <i>"Inmigrantes que cuidan a mayores"</i>	125
Figura 2.10 Gráfico sobre la evolución de la inmigración en España.....	131
Figura 2.11 Gráfico sobre la evolución de la inmigración en la Región de Murcia.....	131
Figura 2.12 Proporción de la población inmigrada/extranjera en la Región de Murcia.....	132
Figura 2.13 Modelo de consistencia hereditaria.....	169
Figura 2.14 Herencia cultural y su influencia en la construcción social de la realidad.....	170
Figura 3.1 Esquema del diseño de estudio.....	177
Figura 3.2 Muestreo.....	185

Figura 3.3 Características individuales en relación a la investigación de campo.....	196
Figura 3.4 Primera fase del trabajo de campo.....	204
Figura 3.5 Segunda fase del trabajo de campo.....	204
Figura 3.6 Fases de la codificación.....	208
Figura 6.1 Libertad y bienestar frente a la sensación de no sentirse ciudadanos.....	374
Figura 6.2 Relación entre las categorías relativas al mantenimiento de la lengua, rituales festivos y tradiciones culinarias.....	450

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1 Teorías y Modelos socioculturales sobre el envejecimiento.....	56
Tabla 2.2 Teorías migratorias de la segunda mitad del siglo XX.....	128
Tabla 2.3 Grandes modelos migratorios de nuestro tiempo.....	129
Tabla 2.4 Principales factores de equilibrio “ <i>exclusión-integración</i> ” en la inmigración.....	142
Tabla 2.5 Elementos clave según la Enfermería Transcultural y constructos del cuidado según Leininger.....	173
Tabla 3.1 Criterios de inclusión y exclusión.....	182
Tabla 5.1 Perfil de los cuidadores familiares entrevistados.....	270
Tabla 5.2 Perfil de los cuidadores inmigrantes entrevistados	319
Tabla 6.1 Cuidadores inmigrantes V.S. cuidadores familiares.....	389
Tabla 6.2 Descriptores del cambio social vivido por las cuidadoras inmigrantes.....	436

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

ANEXO II Guión de la entrevista a cuidadores inmigrantes.

ANEXO III Guión de la entrevista a cuidadoras familiares.

ANEXO IV Políticas de Atención a la Dependencia en otros países.

ANEXO V Relatos etnográficos sobre *autoatención familiar*.

ANEXO VI Ley de Extranjería.

ANEXO VII Relatos etnográficos sobre el *cambio social* vivido por las cuidadoras inmigrantes.

CAPÍTULO I.- INTRODUCCIÓN

1.- INTRODUCCIÓN

1.1 PROPÓSITO Y OBJETO DE ESTUDIO

Las experiencias de salud y enfermedad humanas, constituyen un proceso que puede entenderse como un “*continuum*”, donde la evolución del estado de la persona hacia el extremo de la enfermedad implica una serie de prácticas de salud respaldadas por saberes y creencias culturales que en muchos casos impiden, retrasan, sustituyen o continúan la atención sanitaria profesional establecida según el modelo Biomédico. Hasta ese momento en que se inicia el contacto entre el individuo con necesidades de salud y la institución sanitaria formal, proliferan y se desarrollan tanto los sistemas de cuidados informales como los procesos de autoatención, ambos circunscritos al ámbito doméstico; para el posterior mantenimiento de la vida, ambos resultan imprescindibles, pero a su vez, requieren cierto maridaje con los cuidados profesionales. Cuando los procesos de salud-enfermedad se instauran de manera crónica en el tiempo, afectan a personas de edad avanzada y generan dependencia, alcanzándose un estado de salud que apenas permite salir del domicilio o incluso moverse, vuelven a cobrar gran relevancia todas las prácticas ligadas al cuidado y mantenimiento de la vida en el ámbito doméstico. Los cuidados informales son, por tanto, uno de los aspectos en los que centraremos nuestra atención debido a su importancia actual en una sociedad envejecida, con nuevas necesidades. Por otro lado, el cuidado informal reviste gran interés debido a su dilatado recorrido o presencia histórica, ligados, en su origen, a la propia supervivencia. Su presencia histórica demuestra la adaptación y los cambios que han ido experimentando a lo largo del tiempo, adaptándose a las transformaciones marcadas por las coordenadas sociales y culturales de cada época y lugar.

A pesar de los avances de la Biomedicina, el aumento de su control sobre la atención a las comunidades humanas de manera preventiva y terapéutica, así como la expansión de la sanidad pública para una cobertura total de las poblaciones, las investigaciones en Antropología de la Medicina se han desarrollado siempre vinculadas a un contexto histórico y social donde se constata que las prácticas humanas en relación a la salud siguen manteniendo una distancia cultural y actitudinal respecto a los modelos que la Biomedicina proporciona.

Actualmente, existe coincidencia en los puntos de interés de distintas disciplinas en conocer los procesos de cambio socio-cultural que ocurren en las sociedades, los principios que las rigen y los factores que restringen las posibilidades de un cambio estructural respecto a fenómenos como la salud o el envejecimiento. Se genera una preocupación por

abordar los aspectos éticos de las poblaciones buscando lograr cambios de comportamientos con los que atenuar los problemas sociales que surgen en las sociedades multiétnicas y multiculturales, así como la problemática económica o tecnológica, planificando mejoras en distintos sectores del desarrollo social para proporcionar un desarrollo comunitario.

La medicina científica y el movimiento de la Salud Pública han supuesto un gran avance hacia el control de las enfermedades orgánicas, tal como puede verse por el asombroso incremento de la esperanza de vida. Murdock se percató de los problemas que empezaban a presentarse en la medicina científica cuando analizó la importancia relativa que podían tener otro tipo de afecciones mentales o funcionales, y basándose en ello, justificaba las diversas formas en que la Antropología podía contribuir al movimiento de la Salud Pública, por ejemplo, en la forma de adaptar los programas de salud a la estructura social y cultural de las comunidades locales, para que puedan tener más eficacia (Murdock 1987).

Así, Sepilli, arguye que: *“en situaciones de este tipo, caracterizadas por una gran diversidad en las concepciones relativas a las causas y a la naturaleza misma del estar mal, y por una más general y significativa heterogeneidad en los horizontes culturales de amplios estratos populares y del propio personal sanitario, se observa una imposibilidad de articulación efectiva entre la oferta de los servicios sanitarios y las expectativas de los posibles usuarios. Por decirlo sintéticamente, las ofertas y las expectativas, no logran superponerse”* (Sepilli 2000: 34)

Este es el motivo por el que las investigaciones sobre la diversidad cultural de los estratos populares en sus confrontaciones con los problemas de salud concentran gran interés desde el punto de vista biomédico como una fuente de conocimientos necesarios para individualizar la naturaleza y la consistencia de las creencias que pueden producir falta de entendimiento en su relación con los servicios sanitarios, y en definitiva, en la atención y cuidados de los problemas de salud, enfermedades o padecimientos. Además resulta necesario organizar una respuesta sanitaria adecuada en los países industrializados como España, o Italia que reciben grupos humanos procedentes de movimientos migratorios de múltiples países, lo que conlleva la formación de extensas áreas multiétnicas y multiculturales con una población de usuarios heterogénea y caracterizada por la multiplicidad de modelos concernientes a la salud y a su defensa.

Por tanto, por parte de las instituciones sanitarias se puede intentar enlazar culturalmente la red de usuarios con dichas instituciones, ajustando tanto la cultura biomédica como la organización de los servicios a los destinatarios, y por otro lado establecer un maridaje entre la cultura y los comportamientos de la población con los

postulados que según el estado actual de la investigación, siguen defendiéndose en la biomedicina como garantes de un mayor y mejor estado de salud. Pero este fenómeno no sólo afecta a la relación entre usuarios y cuidadores con instituciones sanitarias, sino también a la relación de los cuidadores entre sí, sobre todo teniendo en cuenta el extendido y actual fenómeno de la diversidad cultural en una sociedad multiétnica y a la vez envejecida como la nuestra.

El cuidado de la salud, especialmente el que se presta en el hogar, ha sido asumido mayoritaria e históricamente por mujeres, siendo un hecho que no resulta novedoso en sí mismo pero que atrae gran atención y suscita un enorme interés. A su vez, el envejecimiento demográfico, el aumento de la esperanza de vida y el número cada vez mayor de personas con enfermedades crónicas e invalidantes influyen directamente en la demanda de cuidados informales en los entornos domésticos, pero, también las estructuras y formas de vida familiares han cambiado, de manera que la disponibilidad de cuidadores está gravemente amenazada por la evidente y progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral, la movilidad de los miembros de la familia, escasa coresidencia y menor tamaño del hogar (García Calvente, Mateo Rodríguez & Eguiguren 2004).

Por otro lado, las migraciones internacionales constituyen un hecho social por excelencia, por lo que interesa a todas las ciencias sociales con independencia del paradigma de adscripción; todo lo expuesto en relación al envejecimiento poblacional y la incorporación de la mujer al mercado laboral, coincide en espacio y tiempo con un gran auge del fenómeno migratorio en España, de manera que la evolución de los propios sistemas de cuidados informales va a ser sustentada en gran medida por mujeres inmigrantes que asumen el rol del cuidador informal familiar y reproducen un esquema tradicional de cuidado.

Se trata de dos realidades que afectan a dos grandes colectivos y que han confluído, constituyendo un nuevo fenómeno social, ampliamente conocido y extendido como es la provisión de cuidados informales por parte de mujeres inmigrantes. Los científicos sociales deben estudiar los contextos reales, las interacciones cotidianas, los procesos de mediación e integración, analizando todas las dimensiones en las que se proyecta este fenómeno social para poder comprenderlo y enfocar las posibles vías de mejora y articulación con el sector formal de cuidados. Mas no debemos descuidar el abordaje de un fenómeno que sin ser en principio el problema en que reparan los sistemas sanitarios y sociales, sí que resulta imprescindible su estudio a la hora de la prestación de cuidados informales, puesto que influye en la dinámica familiar y en la satisfacción de la persona mayor dependiente; se trata del diálogo cultural que se establece en el entorno natural de los cuidados informales (doméstico), entre personas con diferentes patrones culturales, (persona dependiente-cuidador inmigrante) el cual presenta grandes posibilidades de

enriquecimiento mutuo a la vez que puede favorecer el conocimiento y el desarrollo de otras prácticas de salud que dinamicen incluso el pluralismo asistencial.

Así nos acercamos a nuestro objeto de estudio: el reciente fenómeno de la inmigración trae a nuestro país grandes oleadas de personas dentro de las que la mujer tiene especialmente, ciertas posibilidades de inserción laboral en los entornos domésticos, ligadas a la actividad de cuidar, que hoy, debido a los cambios sociales y demográficos de la actualidad, hacen necesaria la “*presencia*” y el cuidado a las personas dependientes por parte de otras personas que no pertenecen a la familia, delimitando una nueva dimensión de los cuidados informales caracterizada por el diálogo cultural.

Es aquí donde cobra especial importancia la influencia de la inmigración en los cuidados dentro de los entornos domésticos, en la autoatención y autocuidado, así como en las dinámicas del cuidado informal y en los roles, siendo necesario un análisis del diálogo cultural que a este nivel se establece. Las transformaciones de la familia, (posible efecto de la vida en los entornos urbanos y la consecuente soledad y aislamiento que implica) , dibujan un escenario donde el nuevo cuidador inmigrante ejerce como actor social sustituyendo la figura de la mujer en el entorno doméstico, ofreciendo nuevas y amplias oportunidades de enriquecimiento mutuo, sin olvidar la constitución de un nuevo perfil de recursos para el cuidado informal y la apertura a otras formas de atención a la salud como expresión de la potencialidad de un pluralismo asistencial.

La forma en que cuidamos de nuestra salud incluye un amplio abanico de acciones y omisiones de naturaleza dinámica y sujeta tanto a decisiones coyunturales como a hábitos de clase y patrones culturales, lo cual le otorga un carácter de cierta complejidad, que requiere particularizar y contextualizar en cada caso.

Confluyen muchos factores de cambio social, económico, cultural, demográfico, del sistema sociosanitario, afectando a la provisión de cuidados de salud tanto por parte del sistema formal de cuidados como del informal, siendo necesario plantear y analizar nuevas alternativas para la atención a personas dependientes en un momento en el que España se orienta hacia el Modelo Social Europeo con su política de atención a la Dependencia, pero donde el Estado no asume la totalidad de la responsabilidad social para con estas personas, planteándose a su vez los límites del Estado de Bienestar.

El sistema formal de cuidados comienza a poner énfasis en la atención a la salud en el propio entorno de la persona, donde cada día más mayores dependientes son atendidos preferentemente en su hogar, existiendo un desplazamiento de cuidados cada vez más complejos desde el ámbito formal al sistema informal, con unas circunstancias económicas y políticas que abogan por el control del gasto sanitario y escaso desarrollo de los servicios sociosanitarios en comparación a las demandas que empiezan a surgir.

García Calvente reseñaba que nuestras abuelas no lavaban catéteres, ni insertaban agujas ni ajustaban mascarillas de oxígeno como parte del trabajo de cuidar que hacían en el hogar (García Calvente, Mateo Rodríguez & Eguiguren 2004). Con esta frase se refleja el creciente aumento de la necesidad de cuidados de salud formales e informales en los hogares, la disminución de cuidadores disponibles y la reorientación de los sistemas sanitarios y sociales.

Tras los pasos de Simmel o Mauss, nos podemos proponer que el cuerpo es sujeto y objeto a la vez susceptible de análisis socio-antropológico en cuanto a sus experiencias vitales de salud y enfermedad. Debemos desgajar y comprender la construcción social y cultural de las experiencias de salud y de sus prácticas, sumergiéndonos en la persona que sufre en el ámbito familiar, para intentar comprender cómo se maneja con un hecho biológico para darle un determinado significado y asociar una conducta.

Le Breton aduce que la respuesta práctica no pasa por conocer en detalle la infinita variedad de las culturas, sino estar al corriente de ellas así como de las formas en que éstas pueden afectar a las prácticas sanitarias. Obviar los orígenes sociales y culturales del individuo enfermo es un error similar al de la reducción de éste a un estereotipo de su cultura o de su clase, que acaba reflejándose en la oferta de una serie de acciones sanitarias “de repertorio”, que no atienden a la especificidad (Le Breton 1999).

Por un lado, nos centraremos en el conocimiento de las características socioculturales de los grupos afectados por el problema, que son, tanto el colectivo de mujeres inmigrantes de otros países cuya principal actividad laboral se circunscribe al ámbito doméstico y a la actividad de cuidar en él. Por otro lado, abordaremos el estudio del colectivo de personas que envejece, enferma y muere en su domicilio como consecuencia de los problemas de salud que se instauran en personas mayores, así como de sus cuidadores informales familiares en caso de que existan. La problemática sociofamiliar de las personas mayores dependientes constituye el núcleo donde se originan las dos vertientes que pretendemos analizar. Así, partiendo del conocimiento real de la situación se pueden analizar y entender mejor las necesidades actuales e intentar elaborar una descripción explicativa de los nuevos modelos de autoatención y de cuidados informales que se desarrollan en el seno de las familias con un familiar dependiente, así como el diálogo cultural que se establece con la presencia de un cuidador inmigrante.

Los trabajos del ámbito de la Antropología de la Medicina que existen en torno a temáticas relacionadas con la salud y la enfermedad, no suelen aludir a las diferentes prácticas producidas por los microgrupos en los entornos domésticos para hacer frente a los problemas derivados de la enfermedad, el dolor, el padecimiento y la muerte, siendo

éste uno de los aspectos que impulsa el interés de la presente investigación. Intentar acercar las categorías biomédicas y las categorías informales o populares en el estudio de una misma realidad, resaltando el punto de vista del actor, es una de las finalidades que planteamos.

1.2 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivos generales:

1. Describir la problemática actual en torno a la situación sociofamiliar de la persona mayor dependiente en el ámbito doméstico/domiciliario.

1.1 Conocer las necesidades de los grupos familiares en el ámbito de los cuidados informales en la ciudad de Murcia.

1.2 Analizar los comportamientos de las familias con relación a la utilización de los recursos y servicios sociosanitarios.

2. Analizar los dispositivos que configuran los cuidados informales profundizando en las vivencias del cuidado.

2.1. Estudiar la estructuración de los cuidados informales como práctica de autoatención y autocuidado.

2.2 Conocer la percepción sobre el apoyo social a los cuidadores informales

2.3 Conocer cómo es el proceso de intercambio de apoyo entre cuidadores.

3. Describir los procesos de cambio social y cultural generados a raíz de la inmigración, tanto a nivel de la sociedad murciana (macroanálisis) como a nivel de entorno doméstico de cuidados (microanálisis).

3.1 Analizar las estructuras familiares de inmigrantes en España

4. Conocer cómo influye el fenómeno de la inmigración, especialmente sus creencias y prácticas de salud, en la respuesta informal de cuidados a nivel doméstico a través de la actividad como cuidador.

4.1 Estudiar la influencia y/o cambios que ejerce el fenómeno de la inmigración en las estructuras familiares en los entornos domésticos.

4.2 Estudiar los nuevos modelos familiares españoles

5. Analizar el diálogo cultural que se establece entre los cuidadores familiares, persona dependiente y cuidadores inmigrantes en el ámbito domiciliario.

5.1 Conocer los sistemas de creencias y valores que determinan las distintas opciones de atención a la salud que se llevan a cabo en las sociedades actuales

(autoayuda, autoatención-autocuidado, sistemas profesionales, sistemas alternativos, otros sistemas...)

5.2 Analizar la herencia cultural de los cuidadores inmigrantes

CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO E INTERPRETATIVO

2.- MARCO TEÓRICO E INTERPRETATIVO

El enfoque teórico elaborado a priori es de gran eclecticismo, característica que la da fortaleza y debilidad a la vez al intentar enmarcar una realidad que refiere a diversos fenómenos tales como la ancianidad, la inmigración y los cuidados informales de salud.

Los antropólogos debemos valernos de la Historia, entre otras disciplinas, pero para un fin que no es estrictamente histórico en sí, sino para poder comprender el devenir de los hechos que nos conducen a la situación actual. De la misma forma, también podemos asumir algunos conceptos psicosociológicos, cuyo interés principal estaría en la sociedad y en la cultura en que participan los individuos sujetos a nuestro estudio, y no los individuos considerados en *sí mismos*. La Enfermería como disciplina también nos permite una perspectiva muy valiosa en tanto que su objeto de estudio atañe al individuo sano o enfermo desde una concepción holística del ser humano. Este enfoque tomado desde distintas disciplinas quedaría justificado siempre que admitamos que si las contribuciones de la Antropología social para los estudios generales de los sistemas legales, políticos, económicos, sociales, sanitarios...deben ser tomados en cuenta por los especialistas, el antropólogo social también deberá tener unas nociones básicas relativas a dichos campos.

Los capítulos que nos permiten adentrarnos en el estado de la cuestión así como en los últimos estudios de investigación sobre el fenómeno a estudiar se han estructurado según cuatro grandes bloques temáticos, tales como: ancianidad, cuidados informales, inmigración y diálogo cultural en el ámbito de los cuidados informales de salud. El fenómeno a estudiar alude a una realidad en la que intervienen esos cuatro elementos, los cuales se ensamblan a su vez en un entorno doméstico de cuidados. El planteamiento de los mismos conlleva una mirada que va desde lo general a lo más particular, de manera que el acercamiento a la naturaleza del fenómeno de estudio se alcanza a medida que se va avanzando en la lectura de los capítulos que conforman el marco teórico e interpretativo.

2.1. ANCIANIDAD

2.1.1 Aspectos sociodemográficos actuales en España: Una sociedad que envejece

“Muriente estás. Muriente acreditado.

Muriente permanente e instantáneo.

Muriente mas no muerto. Moribundo

Mas no mortal...”

G. Diego.

El envejecimiento de la población es una situación que suscita cada vez más interés en las sociedades actuales y que supone un reto para las políticas sociales de todos los países que se encuentran imbuidos en este proceso de transición demográfica, siendo más frecuente en aquellos industrializados.

El proceso de envejecimiento de la población no debe plantearse como un problema sino como una realidad o una nueva necesidad ante la que responder; para plantear dicha realidad sin una visión sesgada, es necesario analizar todas las dimensiones relativas al fenómeno del envejecimiento, es decir no sólo las demográfico-poblacionales, políticas y económicas, que son las que nos ofrecen una visión ciertamente más negativa, sino también las dimensiones culturales, históricas, sociales, psicológicas, etc...Supondría un grave error el hecho de considerar al colectivo de personas mayores sólo como personas dependientes y unidades de consumo de recursos, obviando que las personas mayores han sido consideradas histórica y culturalmente como muy valiosas en todas las sociedades.

La dinámica del proceso de envejecimiento de la población es gradual, en el cual, la proporción de adultos y ancianos aumenta, mientras disminuye la proporción de niños y adolescentes. Es un fenómeno contemporáneo eminentemente urbano, que afecta más al sexo femenino y tuvo un despegue alarmante hacia la década de los ochenta del pasado siglo.

El término *envejecimiento de la población* se emplea para denominar a un sector concreto de la estructura demográfica de una población y se caracteriza por una elevada proporción de personas ancianas, así como por el incremento significativo de esta proporción. Una población envejecida se corresponde con una sociedad con altos niveles de desarrollo, industrializada y eminentemente urbana, siendo el envejecimiento de la

población un proceso demográfico que presenta unas características específicas en las sociedades más desarrolladas (Adroher Biosca 2000).

Desde los años setenta, todos los países europeos se plantearon el desarrollo de políticas a favor de las personas de edad avanzada. En España se dejó constancia de manera inicial en la Constitución Española, ya que en su artículo 50, queda expresado que los poderes públicos promoverán el bienestar de los ciudadanos de edad avanzada mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio (Cortes Generales 1975).

En 1998, había en España 1,3 millones de personas mayores de 80 años, y para el año 2016 se prevé que esta cifra se haya duplicado (Rodríguez-Rodríguez 1999). Al final de la presente década, más de siete millones y medio de ciudadanos tendrán 65 años o más, y de éstos, más de dos millones de esta cohorte de edad tendrán más de 80 años. Concretamente, en 2010, España cuenta con 7.745.563 personas mayores de 65 años, de los cuales, 2.237.209 son a su vez mayores de 80 años (INE. 2010). Esta perspectiva de crecimiento se contempla el menos hasta el horizonte de la mitad del siglo XXI. Así, en el año 2020, España se convertirá, junto a Grecia, Suiza e Italia, en uno de los países más envejecidos de la Unión Europea (IMSERO 2005).

Para el 2025, los longevos serán 800 millones de personas a nivel mundial y el incremento mayor ocurrirá en el primer cuarto de siglo; se multiplicará por 15, en países como Bangladesh, Brasil, México y Nigeria; el número de personas mayores de 60 años, se habrá multiplicado por cuatro entre 1955 y 2025 y la proporción frente a la población total, será de un 10%.

En Europa y América del Norte, la quinta parte de la población tiene actualmente 60 años y más, se aprecian cambios en la pirámide en América Latina, el Caribe y Asia. América Latina es una de las regiones menos envejecidas del mundo y se espera que hacia el 2025 alcance la cifra de 14.2 %, será menos envejecida que Europa (26.4 %), que América del Norte (24 %) y Oceanía (18.9 %) se encontrará en situación similar a la de Asia (14.1 %) mientras África será durante mucho tiempo, el continente más joven del mundo.

En América Latina y el Caribe más de 32 millones son personas mayores, de ellos el 55 % son mujeres. La tasa anual de crecimiento está en un 3%, en comparación al 1.9 % de la tasa para población total. Se calculó que para el año 2000, el aumento neto por mes pasaría de 15 mil personas. El Caribe es la región en desarrollo más vieja del mundo, ya que el 9 % de su población total es anciana. Este índice es inferior a las cifras correspondientes a Asia, pero mucho mayor al Medio Oriente y África.

Nos encontramos ante un proceso evolutivo de envejecimiento de la población que en la Región de Murcia se reflejaba en un 14,3% de ancianos en 1997, de los que más de una tercera parte tenían más de 74 años. Todo ello se caracteriza por una regresión y envejecimiento de la población en zonas rurales y las Comarcas del Noroeste y altiplano, destacando Barranda, Abanilla y Moratalla, cuyos porcentajes de > 65 años eran superiores al 20% y aumentan (INSALUD 1996).

En la actualidad, se estima en España un censo aproximado de 6.646.345 de población mayor o igual a 65 años, correspondiendo 191.432 a la Región de Murcia (según datos del año 2007, procedentes del Instituto Nacional de Estadística en su última actualización (INE. 2010)

Este aumento de la población anciana junto a los sistemas actuales de producción, los modelos familiares vigentes, las características y dimensiones de las viviendas, los servicios sociales y los planteamientos económicos requeridos por la nueva configuración demográfica se traducen y manifiestan en importantes consecuencias sociales y sanitarias, económicas, geográficas y políticas que preocupan a los gobiernos en el presente y significan un desafío particular para los del futuro (Adroher Biosca 2000).

Según estas perspectivas, el volumen de la población en edad de trabajar según estos datos empezará a descender en España entre los años 2015 y 2020 y las futuras cohortes de mujeres de mediana edad, que actualmente ejercen como prestadoras de cuidados informales, descenderá de 2,41 mujeres/<80 años a 0,90 mujeres/<80 años, al pasar la tasa media de actividad del 40% actual a una cifra cercana al 72% (Martínez Riera 2003).

La caída de la tasa de fecundidad y la reducción de la mortalidad son las causas principales del incremento del número de ancianos en los países desarrollados, por lo que se hace patente la necesidad de atenderlos, aspecto que sin ser algo novedoso en sí mismo, sí que presenta ciertas características que determinan nuevas necesidades.

Podemos observar, a continuación, la tendencia al alza de la tasa bruta de mortalidad. Si nos detenemos a reflexionar sobre este aspecto, entenderemos que no significa que la población muera en mayor medida que hace dos décadas, sino que al haber mayor tasa poblacional, la proporción de muertes es a su vez más elevada. Se trata de una tasa, no de una cifra de frecuencias absolutas. Sólo en este caso se puede explicar que los niveles de salud y bienestar del siglo XXI son un logro social de las sociedades modernas. La cuantificación de la realidad puede llevar a confusión en muchas ocasiones cuando no se repara en otros aspectos cualitativos que hay tras los números.

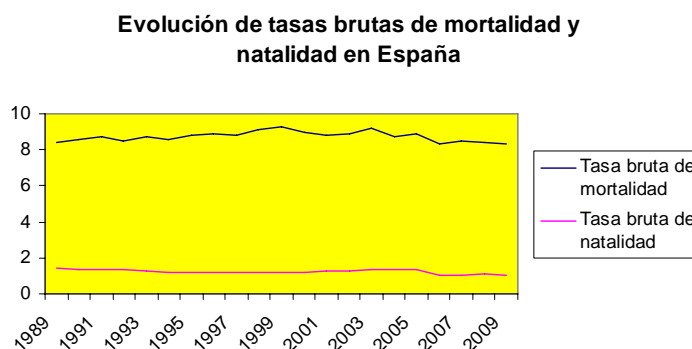


Fig. 2.1. Gráfico sobre la evolución de las tasas brutas de mortalidad y natalidad en España. Elaboración propia según fuentes del Instituto Nacional de Estadística (INE). 2010.

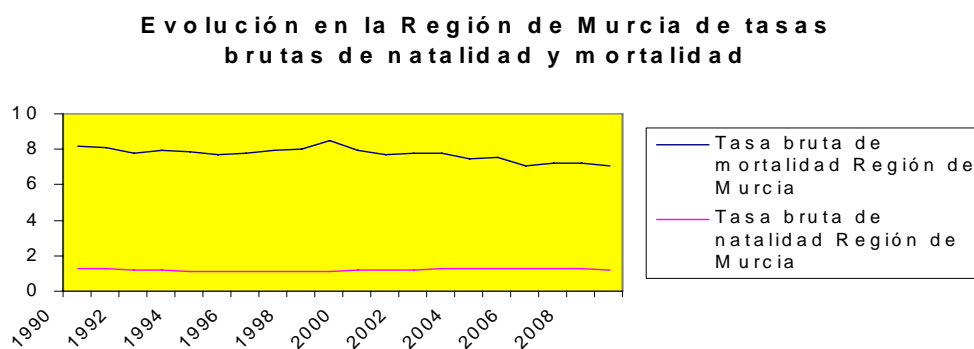


Fig. 2.2 Gráfico sobre la evolución de las tasas brutas de natalidad y mortalidad en la Región de Murcia. Elaboración propia según fuentes del INE. 2010.

El movimiento natural de la población de la Región de Murcia, en forma de nacimientos y muertes, puede apreciarse que va en consonancia con el movimiento poblacional a nivel de España. Por ello, la Región de Murcia presenta una situación de homogeneidad al respecto, lo cual permite poder circunscribir este estudio en dicha Región sin caer en heterogeneidades sociodemográficas predeterminadas.

Hay una tendencia a morir a mayor edad a medida que pasa el tiempo. No significa que ahora muera mayor número de personas que antes, sino que lo hacen a mayor edad.

Este hecho va correlacionado con el aumento de la esperanza de vida, que podemos apreciar en la siguiente figura.

Evolución de la esperanza de vida

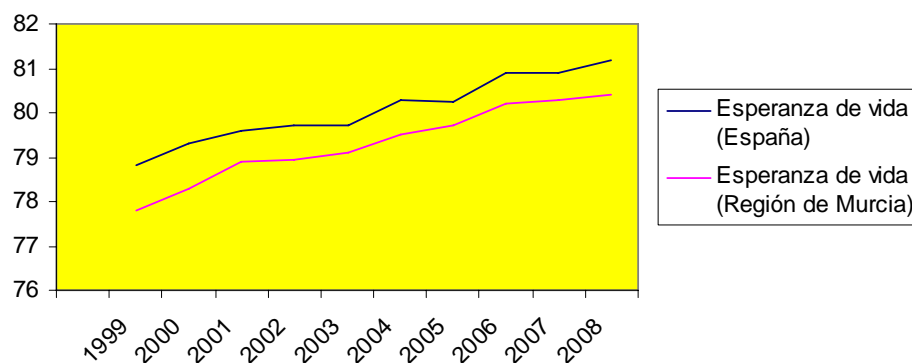


Fig. 2.3 Gráfico sobre la evolución de la esperanza de vida. Elaboración propia según fuentes del INE. 2011.

Se observa que la esperanza media de vida en España siempre ha sido ligeramente superior a la que se registra en la Región de Murcia, aunque ambas tienen una clara tendencia al alza de forma progresiva en el tiempo, en una proporción bastante similar.

En la siguiente figura se pueden contrastar las informaciones anteriores, referidas al aumento de la esperanza de vida y a la tendencia a morir a más avanzada edad. El envejecimiento progresivo de la población en definitiva, se ve plasmado claramente en este gráfico. Se trata de un “*envejecimiento del envejecimiento*”, ya que observando la progresión al alza de los últimos cuatro años referidos (20% de aumento), en una década casi se ha duplicado.

Evolución de la población española > 80 años

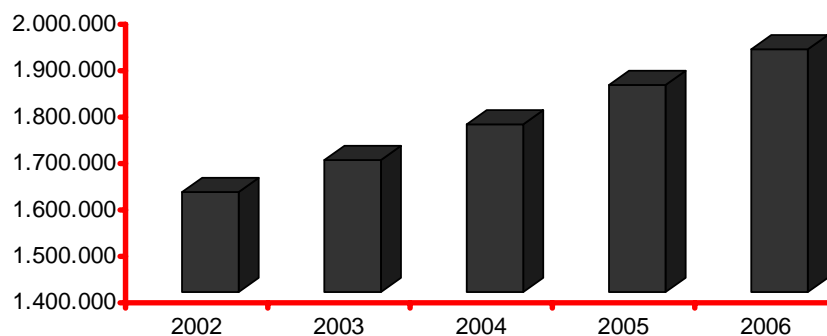


Fig. 2.4 Gráfico sobre la evolución demográfica española en mayores de 80 años. Elaboración propia según fuentes del INE. 2010.

Hay cada vez mayor número de personas con más de 65 años de vida, incluyendo también el intervalo mayor de 80 años. Una mortalidad más tardía, añadiendo más años a la vida. Por ese motivo, las muertes también acontecen mayoritariamente dentro de estos intervalos, cada vez más numeroso.

Población mayor de 65 años en España

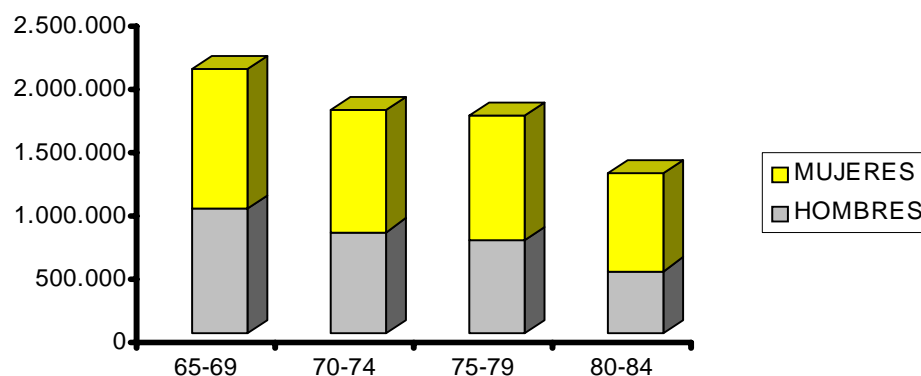


Fig. 2.5 Gráfico sobre distribución etárea de la población mayor de 65 años en España. Elaboración propia según fuentes del INE. 2010.

De 6.797.708 personas Mayores de 65 años en España, podemos observar que el grupo etáreo más numeroso corresponde al que abarca edades comprendidas entre 65 y 69 años, suponiendo un 26%.

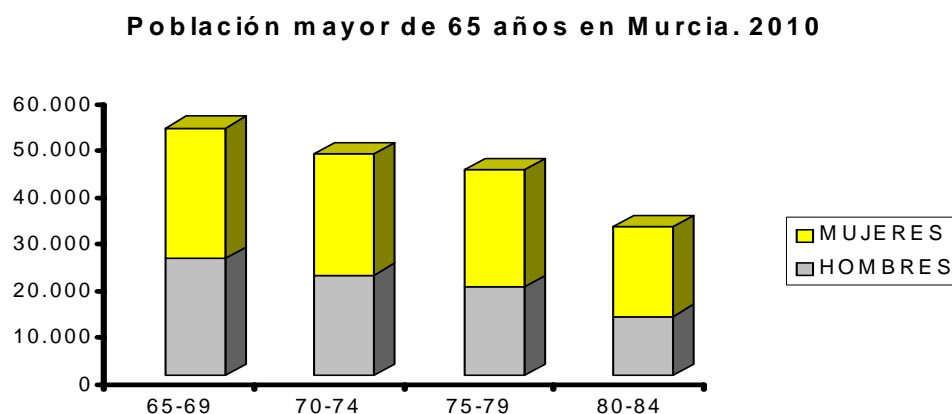


Fig. 2.6 Gráfico sobre distribución etárea de la población mayor de 65 años en Murcia. Elaboración propia según datos del INE. 2010.

De 191.432 personas mayores de 65 años en la Región de Murcia, podemos observar que el grupo etáreo más numeroso corresponde también al que abarca edades comprendidas entre 65 y 69 años, suponiendo un 30 %.

Tanto a nivel nacional como en la Región de Murcia, el grupo de población mayor de 65 años más numeroso corresponde a la franja de edad comprendida entre 70 y 74 años. No existen grandes diferencias en cuanto a distribución de la población anciana entre Murcia y el resto del país. Así, el fenómeno de la ancianidad y lo que implica a nivel sociosanitario y familiar, compone un conjunto de circunstancias bastante similares en todo el territorio español de interés común.

Respecto a las causas de mortalidad que afectan a los mayores de 65 años en España, las enfermedades cardiovasculares encabezan la lista, seguidas por los procesos tumorales (INE 2010). Ambos problemas pueden configurar situaciones de gran dependencia del individuo, así como también perpetuarse en el tiempo durante años, dibujando graves situaciones familiares relacionadas con la falta de dispositivos eficaces que puedan responder ante la totalidad de las múltiples y nuevas necesidades que este tipo de enfermedades genera.

Esta situación relacionada con el envejecimiento está propiciando crecientes demandas de recursos, especialmente debido al número de personas muy ancianas necesitadas de cuidados. Pero el impacto de la demografía suele sobreestimarse en

relación a otros factores, tales como el debilitamiento de la capacidad familiar para prestar cuidados, la disminución del número de hogares compartidos por varias generaciones, hecho que influye directamente en el aumento del número de personas mayores que viven solas, siendo esta situación cada vez más común y constituyendo un factor de riesgo en sí misma.

El propio estado de bienestar reclama cada vez salarios más elevados, menos horas de trabajo y mejoras en la asistencia sociosanitaria. Los avances alcanzados en el campo de la biomedicina, no sólo están influyendo en la mejora de la salud y la calidad de vida, sino también en los costes asociados.

El aumento de los gastos asociados a las pensiones junto con las tasas de desempleo supone otra fuente de gasto público que influye en la cobertura de las necesidades de los ancianos. Por tanto, podemos aducir múltiples razones para que cada vez se necesiten más recursos, siendo uno de ellos el envejecimiento de la población, pero quizá no el más importante.

El gasto sanitario ha aumentado un 49% en la última década (INE. 2011); así, podría pensarse que el aumento del gasto sanitario en los últimos años debería, al menos parcialmente, corresponderse con la disminución de ingresos hospitalarios, debido a las políticas sanitarias de carácter preventivo y de promoción de la salud que impregnan el ideario de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) desde que en los años 80 se incorporase en nuestro país el nivel asistencial de Atención Primaria de Salud como una estrategia eminentemente preventiva y base del SNS español. En función de los datos consultados, el aumento de las inversiones en los servicios sanitarios no se corresponde con una mejora proporcional del estado de salud de la población española. El éxito de las corrientes preventivas basa sus esfuerzos en disminuir los ingresos hospitalarios invirtiendo en el fomento de la salud y el autocuidado. Más de 25 años han transcurrido desde que estas ideas se plasmaron en la estructura y funciones del SNS en nuestro país, pero en la realidad, tanto a nivel de cifras como de situaciones, no se reflejan demasiados logros.

La eclosión tecnológica que comenzó en los años 70 y que hoy día alcanza niveles insospechados, también tecnificó las instituciones sanitarias, aspecto que puede resultar imprescindible en la curación e identificación de numerosos procesos.

Mientras se enfatizaba el poder tecnológico en relación a la salud, también se intentaba abanderar una corriente preventiva que se sitúa en el extremo opuesto a la tecnología y a los entornos hospitalarios. Desde este punto de vista, existe cierta incongruencia entre los planteamientos ideológicos, las representaciones y las prácticas de

nuestro actual sistema de salud, de manera que las consecuencias, por un lado han contribuido al aumento de la esperanza de vida, pero ¿a qué precio? Los entornos domésticos están llenos de personas ancianas, dependientes en gran medida, que en muchos casos acuden al hospital para morir, no teniendo ninguna estructura de soporte familiar y en muchos casos, tampoco extrafamiliar.

La demografía es uno de los factores que principalmente contribuyen al cambio social actual, pero no existe una relación unicausal entre ambos aspectos, aún cuando la demografía es el catalizador de dicho cambio, sino que se dan muchos determinantes relativos a otras dimensiones, tales como la economía, familia, educación, trabajo, vivienda, política social y sanitaria, movimientos geográficos, valores, etc.. los cuales confluyen sinérgicamente para conformar una metamorfosis social profunda. Nos referimos a metamorfosis sin carácter de exclusividad en el tiempo y sin pretender denotar que el cambio social actual constituya un hecho insólito, en tanto que la sociedad se encuentra en permanente estado de transformación y no ha dejado de evolucionar con el tiempo.

2.1.2 Construcción social y cultural de la vejez

“Una ancianidad satisfecha es signo de la cultura de un pueblo”

Proverbio japonés

En la actualidad, es posible llegar a viejo. Una afirmación así, en otro tiempo, suponía una realidad que sólo era alcanzable por una minoría, mientras que hoy día es un hecho común, fruto de los avances de las sociedades modernas a muchos niveles y siendo, pasivamente, asumido por todos.

Para poder adentrarnos en la temática de la vejez y la ancianidad, resulta conveniente empezar por entender a qué nos referimos con el término vejez. Dibujar un mapa unívoco de éste concepto resulta complejo, ya que es necesario situarse a la vez en diversos puntos de vista, tanto biologicistas y cronológicos como sociológicos.

2.1.2.1 Concepto de vejez

La Real Academia Española define vejez como *“cualidad de viejo; edad senil, senectud; achaques, manías, actitudes propias de la edad de los viejos; dicho o narración de algo muy sabido y vulgar”* (Real Academia de la Lengua Española 2007).

Las connotaciones negativas del término son bastante evidentes en todas las dimensiones a las que alude, siendo la propia lengua la que genera toda una serie de proyecciones en la sociedad sobre aquello que encierra esta característica.

Las definiciones de la vejez formuladas por las ciencias de la salud coinciden todas como punto común en el hecho del progresivo deterioro del organismo a nivel físico y funcional, ocasionado por el envejecimiento, llegando a la conclusión de que la vejez es un proceso de decadencia estructural y funcional del organismo humano. Sin embargo, el punto en el que coinciden las ciencias sociales es en el fenómeno de la jubilación, definiendo la vejez como la edad de la jubilación o consecuencia del declive biológico acarreado por el proceso de envejecimiento. Finalmente, siempre es posible definir la vejez desde el punto de vista cronológico, según la edad, siendo el denominador común el crecimiento en edad y por tanto, en consecuencia, la disminución de las expectativas de vida. Existen bases legales y económicas para esta definición, aunque parece ser que estas razones han perdido importancia en la última década. Según ésta última perspectiva, la vejez sería el estado de una persona de edad avanzada, asumiendo todo el grado subjetividad y relatividad de la persona que la define; por tanto, nos dirigimos hacia una sociedad en la que la edad cronológica tendrá menos importancia de la que supone hoy día.

Pero, en términos generales, ¿a qué nos referimos con el término “vejez”?

Como es de esperar, no hay una única respuesta correcta a tal pregunta, pudiendo usarse muchas expresiones, cada cual justificable y abierta a la crítica.

Laforest tiene en cuenta los tres aspectos que acabamos de mencionar entendiendo la vejez como *“el estado de una persona que, por razón de su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso en su participación social”* (Laforest, J. 1991:39)

La salud también suele ser uno de los componentes de las definiciones que normalmente usamos, en tanto que se puede pensar que el término se asocia a falta de memoria, sueño alterado, reacciones más lentas, movimientos más pesados, atendiendo a parámetros físicos y mentales normalmente. En la sociedad la salud no se entiende en términos de roles sociales, relación con los demás o simplemente la conservación de sus ideas. Aunque el ser socialmente viejo resulta útil para entender muchos procesos y parcelas de la realidad, la sociedad no le atribuye significados suficientes para constituir una definición por sí misma.

Las definiciones son, al fin y al cabo, una manera de organizar el conocimiento sobre la realidad a nivel mental, siendo la base de nuestras intervenciones respecto a ella. Así,

cualquier definición es una construcción personal que de alguna manera, deja siempre fuera una parcela de la realidad en función de quién la genera. Las definiciones de vejez que hemos mencionado tienen algo de cierto y algo de falso en tanto que pueden ser empleadas como si abarcaran todo lo que implica la vejez cuando, aún intentando tener una visión global, no se abarca la totalidad de la realidad. Lo que permite abarcar la vejez en su totalidad es el conocimiento empírico de la misma, siendo la experiencia de vejez la única perspectiva que pueda integrar al resto de definiciones. No obstante, no se precisa realmente que uno mismo sea viejo para conocer la ancianidad ya que cada uno de nosotros conocemos en menor o mayor medida nuestro propio proceso de envejecimiento. Así, para poder definir una realidad colectiva, es inevitable pasar por una reflexión personal, hecho que, paradójicamente, le da globalidad y especificidad a la vez.

Esta reflexión coincide con la postura de Laforest cuando afirma que la vejez es inherente a la condición humana (Laforest 1991).

Es la edad natural el hecho que determina todos los fenómenos socioculturales que rodean a la vejez, así como también a la jubilación. Así, Evans Pritchard advirtió tras su trabajo etnográfico sobre los Nuer que la pertenencia a un grupo de edad determinaba los comportamientos de un hombre, especialmente aludiendo a las relaciones sociales más generales, de parentesco, y domésticas. El sistema de grupos de edad es otra ejemplificación de los principios segmentarios que caracterizan a todas las estructuras sociales. De este modo, la distancia estructural que se establece entre dos grupos de edad cualesquiera es la relación social entre dichos grupos, que determinan un comportamiento mutuo entre sus componentes (Evans-Pritchard 1977).

Los 65 años marcan un antes y un después en la vida de cualquier persona; los significados que en nuestra sociedad se desprenden del término "*viejo*" son de carácter eminentemente negativo, implicando estigmatización social y con un sentido altamente peyorativo; incluso las personas mayores utilizan el concepto viejo en tercera persona con la finalidad de establecer cierta distancia de la marginación social que el mismo implica. Los estereotipos sociales hacen que hasta las personas mayores los crean.

Vivir la vejez como un proceso de deterioro y no de crecimiento es la expresión de una vivencia de crisis vital. A este respecto, un buen estado de salud es fundamental en la calidad de vida de las personas mayores pero, no constituye la solución a la diversidad de problemas que plantea el fenómeno de la vejez. Así pues, la crisis que supone la vejez no lo es tanto a nivel físico como a nivel existencial.

Simone de Beauvoir coincidía con este planteamiento en tanto que para ella es la vejez la que pone el contrapunto a la vida, más que la muerte (Beauvoir 1983).

El anciano aparece cada vez más como una carga para el microgrupo doméstico y para los sistemas de seguridad social, de manera que salvo en determinadas sociedades de bienestar, tienden a ser excluidos, encerrados o empobrecidos.

Esta devaluación del cuerpo productivo se expresó en el desarrollo durante años (70's y 80's) de una antropología y sociología del cuerpo sin apenas referencias a los obreros, campesinos y marginados en términos de clase social (Menéndez 2002).

Pero, por otro lado, también se puede entender lo viejo en términos positivos, en términos de integridad y no de crisis, siendo la diferencia entre ambas perspectivas una cuestión eminentemente cultural. A pesar del deterioro que supone el proceso de envejecimiento, esta perspectiva permite un enfoque de la vejez en el que el crecimiento prevalece siempre sobre la decadencia. Resulta curioso el hecho de que el enfoque optimista y positivo de la vejez también reconoce el valor del estado de crisis en la vejez, ya que es gracias a los periodos vitales de crisis a partir de los cuales el ser humano experimenta el crecimiento personal a lo largo de la vida. Así, el planteamiento positivo parte también de un fenómeno negativo en esencia. Conceptos contradictorios que se autoexcluyen pero que sin embargo, se necesitan también mutuamente al ser dos caras de una misma realidad. No obstante, al ser la vejez la última etapa del ciclo vital, ya no hay más aspiraciones positivas de crecimiento sino de culminación; realmente, hasta en el planteamiento positivo de la vejez, sigue subyaciendo el negativo.

La sociedad en definitiva, es ambivalente respecto a la vejez; por un lado se le teme, se niega, y por otro, se ampara y protege.

Independientemente de la relación que existe entre la vejez y la edad biológica del individuo, el concepto está muy influido por todo lo que supuso el proceso de industrialización. A partir de una determinada edad, se obliga a salir a las personas del mundo del trabajo y de todo lo relacionado con él. En las sociedades que aún no han interiorizado dicho proceso, la ancianidad es una etapa altamente productiva a muchos niveles. Es la diferencia cultural en la concepción del anciano; mientras que en nuestra sociedad se margina y excluye al anciano, en otras culturas como la brahamánica, la ancianidad es signo de sabiduría, destreza y grandes capacidades productivas; es evidente, que también el concepto de producción es radicalmente opuesto en ambas culturas. Según el conjunto de valores que determinan el *ethos* dominante en la actualidad, toda persona es susceptible de ser valorada en términos socioeconómicos en función de la edad natural, aspecto que se relaciona con el concepto de anciano y el sentimiento de vejez.

Así, para Fericgla, la vejez y la ancianidad están marcadas por un aspecto cultural y un aspecto biológico que resulta necesario diferenciar, y por eso, considera que no son términos adecuados para realizar estudios antropológicos por su tendencia a generalizar y obviar precisamente aquello que es necesario estudiar (Fericgla 1992). Pero de este modo, cada uno puede establecer su propio concepto, siendo viejo cuando una persona supone que se siente vieja. Esta definición resuelve algunos problemas y crea otros, en tanto que cada uno puede cambiar la definición para acomodarla a su situación, juzgando a las personas porque se comportan como nosotros creemos que lo hacen los viejos (Kalish 1996).

2.1.2.2 Visión histórica y social de la vejez

En diversas sociedades primitivas se privilegia a los mayores. Como la proporción de ancianos en ellas es baja, se les atribuyen poderes relacionados con la justicia y las ceremonias, consultas, ritos de paso y transmisión de conocimientos al grupo, siendo elegidos para officiar los principales acontecimientos de la vida, tales como bodas, nacimientos, ritos de iniciación, lutos, etc. Ocurre así en diversas sociedades del sureste asiático, en África, Australia, Nueva Guinea, Etiopía, Egipto, bantúes, navajos, iroqueses, palaungs de Birmania, extremo oriente, masai, zulúes, México, Colombia, Fidgi, yaganas de Tierra del Fuego,..Entre los griegos, aunque se apreciaba mucho la juventud y la belleza, se les adjudicaba un papel de consejeros y mentores, guía de los jóvenes y se les cuidaba en extremo. En la sociedad romana alcanzaron también un papel muy importante.

China y Japón siempre han respetado a los ancianos. Se honra a los antepasados y cuanto más vieja es una persona más cerca se encuentra de los ancestros. La edad se asocia a sabiduría en oriente, así como a dominancia en el grupo familiar. En Japón también existe una larga tradición de respeto a los mayores influenciada por el budismo y sintoísmo; resulta curioso que en Japón, la gente en lugar de quitarse años, se los añaden. El anciano se le rodea de afecto, de privilegios, de atenciones, siendo una gran suerte el alcanzar una edad avanzada¹

En el imperio inca, se clasificaba a la gente según su edad y capacidades, teniendo obligaciones en función de éstas. A pesar de ello, las mujeres, niños y ancianos quedaban exentos de ellas. Entre los aztecas se habilitó una ciudad sólo para enfermos, huérfanos y viejos, que eran cuidados por los demás.

¹ La longevidad o la vida larga se considera un don divino en Extremo Oriente

En los cuentos populares de todo el mundo suele representarse a los viejos como la fuente de la sabiduría y de la bondad. Suele representarse a los dioses como viejos, aunque nunca como seniles (De la Serna de Pedro, I. 2003).

Siguiendo los tres modelos socioculturales admitidos por la antropología, podemos realizar una comparación intercultural del papel de los ancianos en las sociedades nómadas, las sociedades agrícolas y ganaderas así como también en las industriales. En el nomadismo, se desarrolló un fuerte sentimiento de solidaridad, de manera que la colectividad impedía que los mayores murieran por inanición; además, existía un reparto estratificado de los alimentos, siendo determinadas partes de los animales o frutos específicos destinados a los ancianos, teniendo significado de prohibición de consumo para el resto de personas del grupo. Los ancianos no actúan como meros receptores pasivos en estas comunidades sino que desempeñan ciertas tareas socialmente consideradas de poco prestigio y con manejo de escaso material; pero su labor más importante recae en la transmisión oral de conocimientos a nivel simbólico-cultural. Disfrutaban de un gran prestigio dado el escaso número de personas que alcanzaban la longevidad, significando una especie de recompensa por todo el recorrido de su vida. No obstante, a pesar del reconocido prestigio, no hay que olvidar que se trata de una sociedad cazadora-recolectora, cuyas dinámicas de supervivencia dependían de la abundancia y escasez de alimentos, situaciones que a su vez llevaban al gerontocidio.

En las sociedades agrícolas y ganaderas la lucha por la vida es menos implacable, permitiendo una división del trabajo donde hay más actividades que ellos puedan realizar (cuidar rebaños, hacer herramientas, cuidar los huertos..) aunque a su vez, también siguen controlando la dimensión mágica, esotérica y simbólica en general. Siguen siendo los depositarios de las tradiciones y hacen que se valoren los conocimientos adquiridos a través de los años, a la vez que también ostentan el poder político. Así, los ancianos se convierten en individuos poderosos a todos los niveles dentro de su comunidad, ordenando los ritos de paso, actuando en las ceremonias, ejerciendo poder político e imponiendo el orden familiar. Existen ceremonias que relacionan la vejez, la muerte y el final del invierno, asociadas a rituales de expulsión del invierno que aún se mantienen desde tiempo inmemorial.

Según Frazer, en algunos países de Centroeuropa, de cara al verano se elabora una efígie de paja que representa la vejez y la muerte, la cual se quema o se tira al agua porque suponía que aseguraba un año fructífero y próspero, protegiendo de la muerte y las enfermedades. En otros lugares, al inicio de la primavera, visten la efígie con ropajes viejos, bailan a su alrededor y después demandan aguinaldos por la zona, y así, el retorno

de la primavera y el verano es la consecuencia derivada de esta expulsión de la muerte (Frazer 1989).

Este hecho supone un cambio respecto a las sociedades nómadas, en tanto que surge el conflicto intergeneracional por el poder y los bienes. No obstante, existe un *ethos* de respeto a los ancianos y piedad filial, asociado a un compromiso de cuidado por parte de los hijos hasta la muerte.

Según estos dos modelos sociales descritos, la edad cronológica no implica nada por sí misma a nivel de envejecimiento salvo en los ritos de paso en los que pueda tener una implicación más directa; pero respecto al resto de roles, funciones y significados, son los valores culturales de la colectividad los que otorgan las connotaciones de la ancianidad.

Cabe destacar que tras realizar este somero análisis de la ancianidad en las tres sociedades tipo, aquella en la que encontramos más evidencias de respeto y representatividad de la ancianidad, tanto simbólicas como a nivel social, es en la sociedad preindustrial agrícola y ganadera.

2.1.2.3 Referentes teóricos y modelos socioculturales sobre el envejecimiento

Los cambios que inevitablemente aparecen con la edad, los cambios que nuestra sociedad impone a las personas mayores, la diferencia con la época en que ellos fueron inicialmente socializados, sus creencias, sus valores y las situaciones nuevas en las que se encuentran en la actualidad merecen detenerse a reflexionar al respecto y no asumirlo como una nueva realidad sin más. Para ello, podemos tomar algunos referentes teóricos que nos ayuden a una mejor y más amplia comprensión del fenómeno, que abordamos a continuación:

a) La Teoría de la desvinculación, desarrollada por E. Cumming y W.E. Henry tuvo un gran apogeo en los años 60 y 70, planteándose un retraimiento tanto por parte de la sociedad como del individuo a raíz de la inactividad laboral, apartándose cada vez más de las relaciones sociales, sus roles, participación e incluso de sus obligaciones (Rivera Navarro 2001). Se trataría de una desvinculación funcional. La teoría de la desvinculación también impulsó la investigación en aislamiento social. Según esta teoría, sólo se siente feliz y satisfecha aquella persona que ha sabido apartarse de los contactos sociales, mientras que aquella otra que aún es activa y está intensamente vinculada a otros, se muestra desgraciada e insatisfecha; esta tesis provocó grandes controversias pero produjo un incremento de interés en la investigación sobre dicha problemática (Lehr 1995).

b) Teoría de la estratificación social según la edad, (en cuya concepción subyace una visión positiva de la vejez, propuesta por Riley), y la Teoría del etiquetaje (basada en el Interaccionismo Simbólico) (Rivera Navarro 2001).

Además de una pertenencia a una etapa de la vida, las diferencias entre los distintos grupos de edad se presentan marcadas por acontecimientos experimentados durante la vida y los roles asignados a cada una de ellas. La persona es percibida y tratada según el significado social de la etapa en la que se encuentra, afectando a su rol, su estatus e incluso a su identidad.

c) Cultura de la Ancianidad. Según Fericgla, la cultura de la ancianidad constituye un sistema de valores con sus elementos particularizadores que también está en relación a la orientación global homogeneizadora, en tanto que las personas mayores no pueden plantearse la producción, pero sí el consumo, y esta particularidad añadida a la proximidad a la muerte, da origen al desarraigo y al estigma, que constituyen la base de la relación de la cultura de la ancianidad con los demás grupos de edad y con el resto de la sociedad (Fericgla 1992).

Fericgla establece tres tipologías de individuos ancianos: etclases (individuos que provienen de diferentes tradiciones culturales y pertenecen a un estatus social determinado), jubilados (viven la ancianidad como un estado de desarraigo social) y seniles (la viven de un modo más acentuado en lo referente a estigmatización, con un nivel de deterioro físico y/o mental que les impide desarrollar con normalidad su vida social e íntima) (Fericgla 1992).

Se podría decir que la Cultura de la ancianidad es un conjunto de modelos de conducta, sistemas de valores, rasgos acentuados de consumo, marginalidad social y desarraigo colectivo, no recibiendo en la actualidad la categoría cultural que debiera merecer, ya que en el fondo subyace una patente paradoja al vivir según cánones que intentan ocultar cualquier signo de edad avanzada, de ancianidad, de cercanía a la muerte en definitiva. Por tanto, no puede existir una clara corriente cultural definida cuyos propios protagonistas intentan alejarse o negar la pertenencia a ésta. Se puede realizar una definición de la Cultura de la Ancianidad según los mismos aspectos que definen a las sociedades complejas, tales como el ser un fenómeno de irrupción reciente, un modelo superestructural, su sistema de valores, tipología de individuos, economía, estructura familiar y matrifocalidad, símbolos y ritos, territorialidad y formas de dependencia, vida cotidiana e indiferenciación temporal (Fericgla 1992).

Ciertos autores como Rose, consideraron en su día, que en cierto modo la cultura de la ancianidad es más bien una contracultura u oposición al resto de la sociedad, incluso

mucho antes de que la cultura de la ancianidad fuera definida como tal y catalizada demográficamente, (Rose, A.M. 1965 en Lehr 1995).

Los rasgos más importantes de cada uno de ellos podría decirse que se refieren, por una parte, a la joven trayectoria de la ancianidad como colectivo que hasta ahora, había permanecido en la anomia. Son personas que han sobrevivido a diversidad de circunstancias de cambio a todos los niveles, que implican pérdida de referentes identitarios importantes, generando todo esto, cierta incapacidad para construir un mundo propio en mitad de la sociedad de consumo. Es una construcción cultural formada por diversos elementos preexistentes y provenientes de otras formaciones culturales, de manera que se pueden identificar como algunos de sus elementos culturales, tales como la procedencia rural en la mayoría, componentes generacionales relacionados con la Guerra Civil Española, una identidad étnica acentuada, con un modelo de ocio copiado de los jóvenes actuales, usos de símbolos procedentes de épocas pasadas, expectativas familiares diferentes a las del resto de miembros de la familia y valores éticos rígidos sobre el bien y el mal. Así, se conforma un *ethos* que combina la imperante corriente centrada en el ocio de la ancianidad impuesta desde grupos ajenos a los propios ancianos en contraposición a un sistema de valores persistente creado por ellos mismos en su época de juventud. Ambos aspectos subyacen en el mismo conjunto de valores y formas de pensamiento.

Respecto a la economía, los ancianos de la nueva Cultura de la Ancianidad, se caracterizan por tener escasa disponibilidad económica, siendo individuos dependientes tanto directa (de los familiares), como indirectamente (de las ayudas sociales del Estado). Los principales gastos se identifican en torno a manutención, vivienda y medicación. El resto, si existe en este perfil de economía de subsistencia, se enfoca al ocio. La jubilación actúa como referente simbólico a modo de ritual, con efectos desestructurantes y desestructurados sobre el valor del tiempo a partir de ese momento, creándose una indiferenciación cronológica por el vaciado del tiempo que acontece a partir de ese momento, excluyendo de una etapa de la vida y no permitiendo la reincorporación a otra etapa en igualdad de condiciones a las anteriores. Así, la Cultura de la Ancianidad puede decirse que es una anticultura o la cultura de la negación de sí misma aunque pueda parecer que existe un respeto y un reconocimiento social hacia el anciano. Es el resto de la sociedad quien determina las formas y territorios donde debe cristalizar dicha cultura, de manera que se formaliza desde el exterior del grupo y no a la inversa, aspecto que denota también cierta incoherencia social (Markides, K.S. y Cooper, C.L. 1987 en Turner 1994).

Dado que las últimas décadas de la vida son menos valoradas socialmente que los años anteriores, se puede aducir que hay una serie de valores imperantes en la sociedad que explican esta realidad. Idolatrar la producción de bienes, servicios o esfuerzos

artísticos, la realización y la capacidad de autorrealización, el desarrollo satisfactorio de las relaciones humanas, independencia y autosuficiencia, satisfacción con el pasado, diversión, conocimientos y conciencia, capacidad para controlar la tecnología, atractivo y vitalidad física, influencia y poder, riquezas materiales, capacidad para alimentar a otros, sabiduría y deseo de invertir el tiempo, las energías y el dinero en el futuro (Kalish 1996)

Se puede creer que algunos de estos valores no son tales, pero ciertamente sí que describen el modo en que hoy día la mayoría de individuos invierte su vida. Las generalizaciones suponen elevados riesgos de englobar a demasiadas personas en un mismo perfil aún cuando no se identifiquen con él, pero es una de las pocas formas de realizar una mera descripción de los valores de la sociedad actual. Si atendemos a los criterios que nuestra sociedad tiene implícitamente, las personas mayores no son bien valoradas. Sólo en función de dos de las características enumeradas tienen posibilidad de ser aceptadas, tales como la satisfacción con el pasado y la sabiduría; ahora bien, lo que se entiende como sabiduría puede cambiar con el paso del tiempo y no ser los ancianos considerados como sabios sino como personas con esquemas de pensamiento fuera de lugar.

A las personas mayores generalmente se les infravalora, los roles que desempeñan son frecuentemente poco interesantes, desiguales, con lo que se fomenta indirectamente la alimentación de estereotipos. Luchan con las armas de quienes no tienen poder, se quejan, critican, se vuelven irritables y fluctúan entre la afirmación de su independencia y a la vez de su dependencia, entrando en una contradicción vital.

Los roles van normalmente asociados a la edad, aunque influyen otros muchos patrones en ellos, tales como los culturales, el género, etc. En las personas mayores los roles también son contradictorios; son roles sin rol, ya que, cuando una persona mayor se desvía de su rol según edad, intentando actuar según los valores y patrones de la sociedad actual, paradójicamente, esa desviación es considerada como algo negativo y, en definitiva, no se respeta. Las expectativas que tenemos sobre los mayores van cambiando a medida que vamos envejeciendo, según nuestra situación vital se modifica, ya que el proceso de socialización nunca termina y nuestro comportamiento como seres sociales abarca desde el nacimiento hasta la muerte. No obstante, la conducta del rol de edad no está en la actualidad totalmente prefijada, existiendo cierta flexibilidad en tanto que en nuestra sociedad se reflejan gran cantidad de patrones culturales, asociados a diferentes estilos de vida. Los mayores han pasado casi toda su vida respetando a sus mayores, y ahora, tienen que respetar a los jóvenes. La dilución del rol de anciano lleva consigo a su vez la pérdida progresiva de ese respeto, para cuya reclamación se sienten quizá

demasiado mayores. Es un aspecto más de la contradicción inherente a la concepción de vejez actual.

Respecto a la dicotomía entre naturaleza y cultura, el postulado más correcto sería tratar de demostrar que el deseo del hombre por sobrevivir y vivir bien se puede cumplir solamente en una forma social de vida, afirmando entonces que la sociabilidad pertenece a la naturaleza del hombre.

Así lo arguye Choza al confirmar que la “*cultura es la verdad de la naturaleza*” puesto que la naturaleza llega a ser plena cuando puede mostrar su verdad a través de la cultura (Choza 2009:28).

Lo natural no se desvela al margen de los desarrollos culturales que permiten conductas determinadas, sino dentro de ellas. Según los planteamientos de Choza, una persona anciana, cuando deja de tener vida social, estaría separándose de su propia tendencia natural. ¿Es antinatural envejecer en la actualidad? ¿Se le han añadido años a la vida contra-natura? ¿hablamos de naturaleza o de cultura?

Hace demasiado tiempo que este planteamiento se lo hicieron desde diversas disciplinas, entre ellas, la sociología. Muy diversos autores han abordado este tema, pero esocogeremos la reflexión de Lévi-Strauss por la sencillez y claridad con que concluía a este respecto. Lo que universal en el hombre se corresponde con el orden de la naturaleza y se caracteriza por la espontaneidad, mientras que todo lo sujeto a normas pertenece a la cultura y presenta los atributos relativos y particulares (Lévi-Strauss 1969). En este sentido, cabe reflexionar sobre lo natural y lo cultural que tienen los procesos de envejecimiento, enfermedad y muerte en tanto que no está claro el límite donde empieza una categoría y termina la otra, donde la sociedad maneja los extremos de ambas en función de diversas circunstancias ajenas a lo natural y a lo cultural, más circunscritas al orden político, económico y social. La claridad del postulado de Lévi-Strauss quizá simplifica demasiado la realidad, no pudiendo explicar fenómenos complejos como son la dependencia del anciano y los cuidados informales.

d) Teoría de los Roles, desarrollada por Burgess (1960), defiende que los roles que representamos a lo largo de nuestra vida nos definen tanto social como personalmente. En la vejez, lo característico es una pérdida de roles, por lo que la persona que se encuentra en esta etapa de la vida experimenta un decremento de normas y expectativas, convirtiéndose progresivamente en una persona inútil.

Podemos entender los roles, su funcionalidad y significados en función de las representaciones sociales; debemos destacar que ejercen un papel guía en la manera de designar y definir conjuntamente los distintos aspectos de nuestra realidad, el modo de

interpretarla, disponer de ella, adoptar una posición... y se definen como sistemas de interpretación que determinan nuestra relación con el mundo y con los demás, orientando y organizando las conductas y las comunicaciones a nivel social.

Según Jodelet, las representaciones sociales están presentes en discursos, en los mensajes, imágenes, en los medios de comunicación, en las conductas, y en las disposiciones espaciales o materiales, y algunos de sus elementos son de tipo informativo, cognoscitivo, ideológico, normativo, de tipo creencia, valores, actitudes, opiniones... todo ello relacionado con la acción social (Jodelet et al. 1998).

Las representaciones sociales llevan a cabo una actividad de apropiación de la realidad exterior al pensamiento y elaboración psicológica y social de dicha realidad. Así, se establece una relación simbólica entre sujeto y objeto de expresión de aquél.

Realmente, dichas representaciones instauran versiones de la realidad, comunes y compartidas. Así, el hecho de compartir una misma condición social se acompaña de una relación con el mundo, valores, modelos de vida, obligaciones, deseos específicos, sanciones, estereotipos..., cuyo efecto último es una determinada manera de concebir la cultura, caracterizada por distorsiones, suplementos y desfalcos a nivel de contenidos representativos.

Durkheim fue el primero en identificarlas y posteriormente Moscovici insistió en la especificidad de los fenómenos representativos en las sociedades contemporáneas. Más tarde, Piaget, haría extensible el objeto de estudio de la psicología a la sociología como un solo objeto, estableciendo una reestructuración de lo que Durkheim separó en su día como consciente individual y consciente colectivo.

Las representaciones sociales eran una manera de reflexión del grupo respecto a lo que le afecta y le rodea, cumpliendo funciones de mantenimiento de la identidad social y del equilibrio sociocognitivo. La cognición social hace que los significados se reduzcan a referencias privadas sobre el mundo social, expresadas en un lenguaje universal; sin embargo, las representaciones sociales tienen una producción social e intersubjetiva del significado mediante la interacción; son las que guían la acción.

Respecto a la Teoría de las representaciones sociales, también debemos destacar la aportación de Berger y Luckmann, quienes plantean la realidad como una construcción social. Para ello destacan como imprescindible el sentido común o inconsciente colectivo, de manera que para poder ahondar en su conocimiento, hay que estudiar la vida cotidiana, la interacción social (individuo-grupo-institución) y la comunicación como medio de transmisión.

Así, se definen como *“una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, con una orientación práctica y orientado a la construcción de realidad común en un conjunto social”* (Berger, Luckmann 1984:15).

También existe una necesidad de constante adaptación de la persona de edad avanzada a situaciones nuevas y a su vez, se tiende a la sustitución de la transmisión oral por la de los medios de comunicación de masas, resultando superfluo el papel de los ancianos como transmisores de la tradición en la actualidad. Sólo dentro de la historia de la propia familia se les reconoce cierta importancia (Tartler, R. 1961 en Lehr, U. 1995). Sin embargo, las transformaciones actuales de la familia ponen en serio peligro la funcionalidad del anciano en los entornos familiares, de manera que los roles desaparecen macro y microsocionalmente.

e) Teoría de la Actividad, inicialmente formulada por Havinsghurst (1963), según la cual, se entiende que la autoestima de la persona viene determinada por los roles que desempeña y por tanto, sostiene que el envejecimiento normal implica el mantenimiento de las actividades normales de la persona, resultando fundamental sustituir los roles que hayan podido perderse por otros nuevos.

f) Teoría del Desacoplamiento. Aborda también los roles del anciano en el sentido del abandono tanto de actividades como de roles, oponiéndose en cierto modo, a la teoría anterior (Grandall (1980) en Rivera Navarro 2001).

Existe una tendencia estigmatizante sobre las personas mayores e incluso hoy día se tiende a generalizar cuando se les designa como grupo-problema en la sociedad. Se les separa de los grupos marginados (drogadictos, delincuentes, los *“sin techo”*...), pero en realidad se les margina igualmente.

Carece de sentido relegar a toda una generación y a la mayor parte de la población como grupo marginal, pero se le atribuye el significado sin emplear el significante cayendo en los estereotipos negativos de la vejez.

Cabe destacar la importancia que otorga al entorno doméstico en los aspectos definitorios de esta construcción cultural, siendo la soledad uno de los principales parámetros de reconocimiento de la vida anciana, consecuencia clara del abandono y la estigmatización que supone, en definitiva, la vejez (Fericgla 1992).

Turner considera que el anciano ocupa una situación de liminaridad que lo hacen escapar del sistema de clasificaciones que normalmente establecen las situaciones y posiciones en el espacio cultural (Turner 1988,1995).

Cabe distinguir claramente entre aislamiento y soledad. Mientras que por aislamiento entendemos un campo objetivo de contactos sociales, por soledad aludimos a vivencias subjetivas de la estructura de las interacciones sociales (Tunstall, J.1966 en Lehr, U. 1995). Así, es posible que las personas mayores se sientan solas aún con numerosos contactos sociales o no se sientan solas aún cuando viven en aislamiento social. *“La cohesión familiar no significa forzosamente integración familiar”* (Rosenmayr, L. 1969 en Lehr 1995)

A su vez, se pueden establecer diferencias entre soledad emocional y soledad social; *“soledad emocional por pérdida o ausencia de figuras de apego, también soledad social, por la pérdida de la mayor parte de la red de relaciones sociales”* (Weiss, R.S. 1982 en (López Sánchez 1998).

La soledad emocional es sentida como la falta de vínculos con personas que son consideradas incondicionales (sentimientos de pérdida irreparable, de desamparo, de inseguridad, de no tener a nadie disponible y próximo que nos acompañe y nos ofrezca seguridad justo cuando más se necesita).

La soledad social a nivel extrafamiliar, puede resultar, según López Sánchez, menos importante en esta etapa de la vida debido a que lo fundamental es disponer, al menos, de alguien eficaz para ofrecerle cuidados. Así, se comprende que cuando se pregunta a los ancianos sobre sus problemas, el más importante suele ser la soledad (López Sánchez 1998)

El estudio de las modificaciones en la esfera de los contactos sociales a lo largo del ciclo vital se inició con la comprobación del retroceso de la *“familia en tres generaciones”*, de la reducción de las relaciones familiares a las de la familia nuclear aislada, que consta del matrimonio y de los hijos solteros, la cual, según Parsons, conduce al alejamiento en la edad avanzada, respecto de la participación en las estructuras e intereses sociales más importantes (Parsons 1964: 25).

Sin embargo, los defensores de la psicología clásica de la juventud (Kroh, Bühler, Hetzer, Spranger..) aluden a determinados etapas en las que el joven o el adulto se repliega en sí mismo o tiene tendencia al aislamiento en función de momentos cruciales o crisis del ciclo vital. Por tanto, se contradice con los planteamientos de Parsons en tanto que la ancianidad y la jubilación suponen una etapa más a lo largo de la vida y el aislamiento no parece resultar específico de la edad avanzada.

Tatler considera a su vez, que la separación de los ancianos viene determinada por la pérdida de la funcionalidad incluso dentro de la familia (Tartler, R. 1961 en Lehr 1995).

A continuación se expone una tabla que presenta, a modo comparativo, un resumen de las teorías y modelos expuestos sobre la ancianidad, indicando la aportación principal de cada una.

Tabla 2.1. Teorías y Modelos socioculturales sobre el envejecimiento

TEORÍA/MODELO	AUTOR	APORTACIÓN
Tª de la desvinculación	Cumming y Henry	Desvinculación de la vida social a raíz de la inactividad laboral
Tª de la estratificación social según la edad	Riley	La persona es percibida y tratada según la etapa de la vida en la que se encuentre. Aporta cierta visión positiva de la vejez
Cultura de la ancianidad	Fericgla	Conjunto actual de modelos de conducta y sistemas de valores con rasgos acentuados de consumo, marginalidad social y desarraigo colectivo hacia la vejez
Tª de los roles	Burguess	Pérdida de roles en la vejez
Tª de la actividad	Havinsghurst	El envejecimiento implica el mantenimiento de las actividades normales de la persona
Tª del desacoplamiento	Grandall	El envejecimiento supone una pérdida de actividad y de roles

Fuente: Elaboración propia

2.1.3 Proceso salud/enfermedad/atención y dimensiones de la enfermedad en la ancianidad

“Tomamos extrañas medicinas para mejorar nuestra salud, por lo que debemos tener extraños pensamientos para fortalecer la sabiduría”.

B. Aldiss

2.1.3.1 Elementos conceptuales

Las personas mayores hacen frente a problemas de salud en mayor medida y frecuencia que durante la juventud.

Un devenir aceptado constata que a medida que avanza la edad, se tiene mayor probabilidad de sufrir afectación por desórdenes cognitivos y orgánicos. Los cambios asociados al proceso de envejecimiento tienen una base biológica, aunque se proyectan a su vez a nivel psicológico (autopercepción y autoconcepto) y social, llevándose a cabo una gran interacción entre todos estos factores. Podemos intentar describir los deterioros que aparecen en el envejecimiento, con la finalidad de determinar su significado y así, diferenciarlo o asociarlo al proceso salud/enfermedad/atención; pero no debemos olvidar que este fenómeno aplica y desarrolla su impacto a nivel individual en primera instancia, de manera que cada individuo experimentará una vivencia única, personal y diferente ante los fenómenos, que en un intento por describirlos, acabamos resaltando sólo determinadas características para concluir que éstas son compartidas por millones de personas. Este ejercicio de simplificación no debe obviar el carácter individual que subyace a un proceso que acaba siendo colectivo, y además, encierra en sí mismo una amenaza de etiquetar las vidas de la gente con aparentes verdades con nombre de dependencia.

A lo largo del ciclo vital del envejecimiento, se pueden diferenciar dos etapas. Una primera en la que la persona mayor mantiene un grado de autonomía aceptable, que le hace vivir de forma independiente en su hogar, con su propio núcleo familiar, y en la que sus necesidades de asistencia son limitadas. Y otra, en la que de forma progresiva va perdiendo autonomía, y en la que tiene que introducir cambios notables en sus actividades cotidianas. Esta última etapa es la que determina en gran medida el umbral de la condición social de vejez. El elemento fundamental que marca el tránsito de una etapa a otra es el desequilibrio que se produce entre las crecientes necesidades de apoyo y cuidado de la persona mayor, y los menores recursos de los que dispone para satisfacerlas. Así, del lado de las necesidades, ocurre que a medida que se avanza en edad, las condiciones de salud y de vida se van haciendo cada vez más precarias.

Los cambios que acontecen principalmente son sensoriales (visión, oído), psicomotores (reacción a estímulos) y cognitivos (aprendizaje y pensamiento), al margen de la posible aparición de enfermedades cardiovasculares, demencias o cáncer, que se dan en gran medida en los colectivos de edad avanzada (aunque sabemos que también acontecen cada vez en edades más jóvenes). Precisamente las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son las dos principales causas de mortalidad en personas mayores de 65 años en nuestro país.

Realmente todas las áreas susceptibles de afectación en la ancianidad, a su vez forman parte de un mismo proceso dentro del cual recibimos información y respondemos ante ella (Kalish 1996). El enlentecimiento progresivo en la funcionalidad, disminuye la capacidad para realizar las tareas necesarias en el mantenimiento de la vida y se asocia a un deterioro progresivo en el sistema nervioso central. Pero, ¿dónde está la línea que separa el envejecimiento, entendido como proceso vital normal, y la enfermedad? ¿cuándo se empieza a estar enfermo además de ser anciano? ¿es la ancianidad una experiencia de enfermedad? ¿considera el sistema socio-sanitario que la ancianidad es indicativo de enfermedad normalizada? ¿en qué consiste la salud durante la vejez? ¿tiene la ancianidad categorías de enfermedad?

Katz considera que debemos hablar de una especial “*categoría de los ancianos*”, que ha de situarse entre la enfermedad y la salud, es decir, aquellas personas que necesitan ayuda en las actividades de la vida diaria (Katz, S. 1963 en Lehr 1995). Pero las categorías de la enfermedad fueron acuñadas por primera vez de la mano de Fabrega en 1972, llamadas “*Illness*” y “*Disease*”.

“Disease designa estados corporales alterados o procesos de desviación de las normas establecidas en la ciencia biomédica occidental. Se presume que este estado tiene una extensión temporal, pudiendo o no coincidir con el estado de Illness”. “Illness designa que alguien está enfermo, pero los criterios son sociales, psicológicos y lógicamente separados por aquellos empleados por la medicina occidental [...] Se asume que los distintos tipos de illness producirán la organización de actividades médicas [...]; que en una extensión indeterminada las unidades socioculturales proveerán modelos para tales illness. Bastante a menudo puede el etnógrafo utilizar el término folk para calificar una illness particular. Estrictamente, sin embargo, todas las illness son folk en el sentido de que las categorías nativas siempre estructuran la forma, contenido e interpretación dada a una illness” (Fabrega 1972): 213.

En todo este proceso de desarrollo de la Antropología de la Medicina, Kleinman llevó a cabo diversas aportaciones; asumiendo la dualidad “*illness/disease*” que había desarrollado Fabrega, planteaba una aproximación a la biomedicina como a cualquier

sistema médico, basándose en el concepto de *sistema cultural* que desarrolló Geertz (Kleinman 1980).

La categoría “*disease*” constituye el punto de partida de la Antropología de la Medicina independiente al modelo médico y existe consenso respecto a tal reconocimiento. No existe el mismo consenso respecto a la categoría “*illness*”, sugiriendo la aparición de un nuevo término propuesto por Young llamado “*sickness*”. Young sugiere la existencia de una Antropología de la “*Illness*” y otra de la “*sickness*”; según la primera, se analizan las dimensiones individuales de la enfermedad en tanto que experiencias que muestran una traducción semántica y semiológica que puede ser explorada hermenéuticamente. La segunda implica la crítica al individualismo de la Antropología de la “*Illness*” y su orientación más sociológica y centrada en las prácticas y en los contextos sociales. Young llamó a la primera Antropología de la “*Illness*” (dimensiones culturales de la enfermedad) y a la segunda, Antropología de la “*Sickness*” (dimensiones sociales de la enfermedad) (Young 1982).

El planteamiento central de la teoría de las dimensiones sociales de la enfermedad fue la disolución de la dicotomía cartesiana mente/cuerpo que se sucedía de otra dualidad, “*illness/disease*”, donde las dimensiones sociales de la enfermedad continuaban siendo inexplicadas. Desde esta perspectiva, se propusieron introducir un nuevo plano de análisis, es decir, la dimensión social de la enfermedad, que pudiera dar cuenta de las prácticas, roles y comportamientos sociales y de cómo factores como las relaciones sociales, los roles, status y las diferencias étnicas y de clase conforman y distribuyen la enfermedad (Comelles, Martínez Hernández 1993).

“Sickness es definida como un proceso por el cual a conductas preocupantes y a signos biológicos, particularmente aquellos originados en Disease, se les da un significado reconocido socialmente” (Young 1982: 270).

Helman analizó las dimensiones de la enfermedad desde la perspectiva del paciente, concluyendo que “*disease*” es lo que le ocurre a un órgano, mientras que “*illness*” es lo que le ocurre a la persona, siendo la sensación o respuesta subjetiva del individuo (y de aquello que le rodea) frente a su malestar; particularmente se refiere a cómo el individuo interpreta el origen y significado de este evento, cómo esto afecta a su comportamiento y su relación con otra gente, así como los diferentes pasos que sigue para solucionar tal situación, no incluyendo solo su experiencia de enfermedad sino también el significado que le otorga a tal experiencia (Helman 2001). Así, la categoría “*illness*” a menudo puede compartir las dimensiones moral, psicológica, asociadas a otras formas de adversidad dentro de un grupo cultural determinado; es un concepto más amplio aunque

más difuso que *"disease"*, y debería ser tenido en cuenta a la hora de entender cómo las personas interpretan su salud enferma y cómo responden ante ello.

En nuestro caso, según las cuestiones que nos acabamos de plantear, la ancianidad se sitúa en mayor medida en las categorías tanto de *"illness"* como de *"sickness"*, y no siempre en *"disease"*, en tanto que la percepción y las experiencias vitales en esta etapa de la vida son personal y socialmente reconocidas como vivencias de enfermedad, pero es quizás a nivel de *"disease"* donde resulta más dificultoso identificar a muchas personas mayores. Los padecimientos no siempre se acompañan de una base orgánica objetivable ante la cual la medicina occidental no sólo no tiene capacidad de respuesta sino que quizá no es donde habría que buscarlas.

Las nuevas categorías de la *"Dependencia"* (que abordaremos en el apartado siguiente), etiquetan al anciano de manera que se le atribuye un reconocimiento a nivel social, partiendo de una serie de enfermedades establecidas a nivel biológico. Así, la nueva normativa de atención a personas mayores basada en la nueva Ley de Dependencia, semidesarrollada por los sistemas sociosanitarios del país, relaciona el proceso salud/enfermedad/atención con las dimensiones *"disease"* y *"sickness"*, obviando aquella que refiere a *"illness"*. Precisamente ésta, la dimensión cultural de la enfermedad, presenta una gran relevancia en la ancianidad y no es tenida en cuenta por los mecanismos al uso establecidos para abordar el fenómeno de la ancianidad dependiente. Como hemos comentado anteriormente, la categoría *"disease"* de la enfermedad no es la que siempre resulta fácilmente identificable en algunos ancianos en tanto que puede no haber enfermedad objetivable a nivel físico, pero sin embargo, es el criterio a partir del cual se inicia todo el procedimiento de atención a la dependencia y de reconocimiento social de una problemática.

La ancianidad es uno de los procesos a través del cual podemos evidenciar la expansión de la biomedicalización, evidenciado en el aumento de la esperanza de vida, sobre todo en las sociedades capitalistas, así como en la expansión de la cronicidad tanto en la ancianidad como en cualquier etapa de la vida, de forma que la biomedicalización acaba modelando la identidad como sujeto, normalizando lo patológico, así como también el uso de medicamentos y en definitiva, los saberes y experiencias cotidianas (Menéndez 2002).

Los cuidados forman parte de la cultura, y quizá en esta afirmación se encuentra la respuesta, siendo conscientes de las reminiscencias construccionistas que la biomedicalización ha plasmado en todo lo relacionado al fenómeno de enfermar, incluyendo, por tanto, también a los cuidados como comportamientos asociados. La concepción de la ancianidad como un fenómeno independiente de la enfermedad es

inherente a muchas de las culturas, pero sin embargo, orientaciones como la medicalización han supuesto grandes críticas en tanto que se ensalza la biopatología en detrimento de otras dimensiones de la vida; aún así, la medicalización también ha creado en nuestro entorno, una construcción social de la enfermedad, de la vida cotidiana, de muchos enfermos crónicos y de la ancianidad.

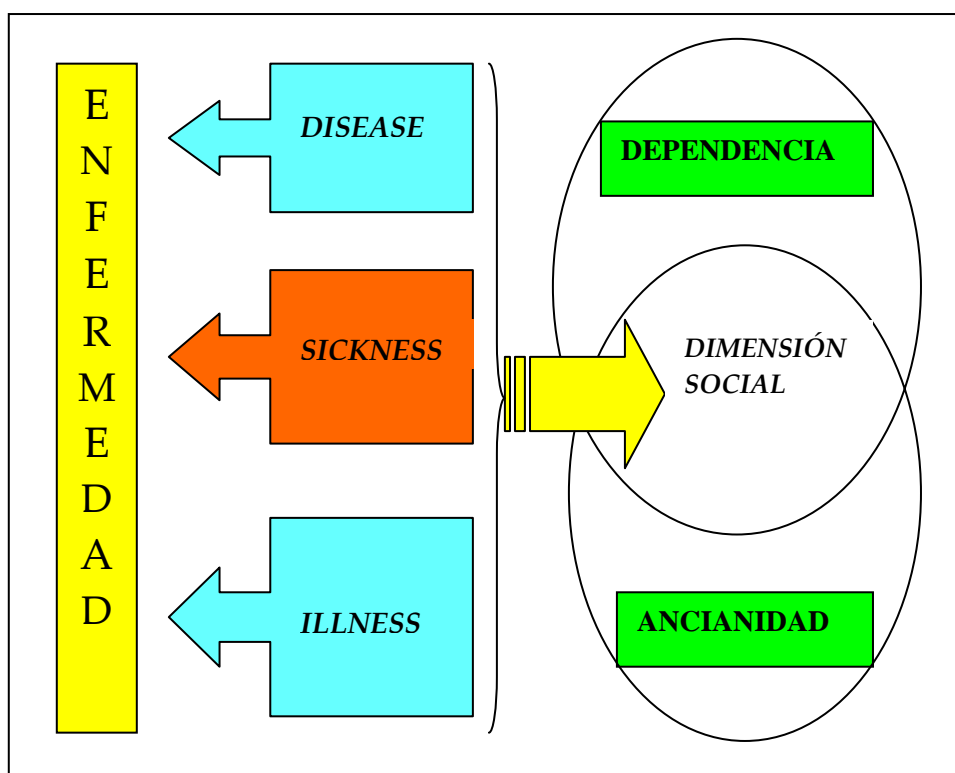


Fig.2.7 Relación entre las dimensiones de la enfermedad, la ancianidad y la dependencia. Elaboración propia

Tanto para los individuos como para los grupos, Van Genep considera que *“vivir es un incesante disgregarse y reconstituirse, cambiar de estado y de forma, morir y renacer. Es actuar y luego detenerse, esperar y descansar, para más tarde empezar de nuevo a actuar, pero de otro modo. Y siempre hay nuevos umbrales que franquear, umbrales del verano o del invierno, de la estación o del año, del mes o de la noche; umbral del nacimiento, de la adolescencia o de la madurez, umbral de la vejez y umbral de la muerte”* (Van Genep 1969:26).

En este sentido tanto envejecer como enfermar constituyen estados de la vida y etapas del ciclo vital necesarias para el desarrollo social y humano, sometidos a ritos de paso que aunque puedan parecer muy dispares según las culturas o las categorías del cambio, guardan una estructura analógica tanto a pequeña como a gran escala.

Van Gennep definió los ritos de paso como *“ritos que acompañan todo cambio de lugar, estado, posición social y edad”* (Van Gennep 1969:35).

La utilización del simbolismo ritual puede servirnos para entender tanto la estructura como los procesos sociales, que en este caso son aquellos ligados al envejecimiento y la enfermedad.

El modelo biomédico dominante, denominado también Modelo Médico Hegemónico, siempre ha planteado una escisión entre cuerpo y mente; un modelo mecanicista que la Antropología de la Medicina tiende a unificar simbólicamente a través de la cultura, y dentro del cual, puede plantearse el proceso salud/enfermedad/atención y no sólo la enfermedad en un sentido estrictamente biológico. La segmentación del proceso de enfermedad es determinante para configurar los diferentes espacios de cuidados en el proceso salud/enfermedad/atención; a este respecto, tiempos y espacios diferentes van a determinar el tipo de cuidados que las personas y las familias necesitan, sobre todo aludiendo a la vida cotidiana y los entornos domésticos. Sin embargo, Kleinman considera que es optimista acordarse de las dificultades planteadas sobre el cuidado médico moderno en occidente en relación a la categorización tradicional médica cognitiva en la que se separaban los procesos fisiológicos y mentales, una separación pocas veces encontrada en los sistemas tradicionales y clásicos no occidentales del pensamiento médico (Kleinman 1975).

Realmente la concepción holística del ser humano subyace de una manera mucho más evidente en los sistemas médicos tradicionales que en los biomédicos en tanto que se conserva y mantiene la unidad del individuo, sin llegar a separar sus diferentes dimensiones; sin embargo el sistema biomédico, intentando dar entidad a todas las facetas humanas, lo que consigue no es una unidad de orden superior sino una fragmentación de la concepción de la persona.

Debe resaltarse que la enfermedad, los padecimientos y los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan a la vida cotidiana de los sujetos y a los grupos sociales. Desde el nacimiento hasta la muerte, el individuo se constituye, al menos en parte, a través del proceso salud/enfermedad/atención. Por lo tanto, en toda sociedad, sobre todo aún más donde han disminuido las tasas de mortalidad y más se ha incrementado la esperanza de vida, el proceso salud/enfermedad/atención sigue dominando la vida cotidiana en términos de enfermedades crónico-degenerativas, de padecimientos mentales, de secuelas de accidentes o de *“dolores de la vida”*, así como en términos de ideologías y de estrategias desarrolladas para potenciar la salud y demorar el envejecimiento (Menéndez 2002)

El proceso s/e/a opera en la mayoría de sociedades actuales, dentro de un campo sociocultural heterogéneo, añadiendo que se han ido constituyendo sectores organizados en torno a algún tipo de diferencia, de manera que el género, la etnicidad, la edad o la religión han ido dando lugar a grupos que asumen su diferencia (Menéndez 2002). En este caso, nos interesan especialmente los efectos de la edad.

La concepción de que la realidad, incluido el proceso salud/enfermedad/atención, se define a partir de los significados dados por la cultura y que, en consecuencia, toda enfermedad se expresa localmente, estaba claramente desarrollada por toda una serie de autores como Hallowell, Benedict, Mead y Durkheim en torno a los años 40. A partir de ahí, corrientes como la Medicina Social y la Sociología Médica han desarrollado planteamientos acerca de la existencia de una distribución desigual del envejecimiento según la clase social o los tipos de ocupación, manifestándose incluso una expresión corporal de una vejez diferencial (Menéndez 2002)

Estudios del proceso s/e/a concluyeron que un padecimiento y su cura expresan siempre situaciones y experiencias culturales, de tal manera que no sólo el susto o el empacho refieren a las condiciones situacionales, sino también la menopausia, la diabetes, la vejez., cuyas características se desarrollan a través de significados y prácticas locales, de tal manera que estaríamos frente a biología, cuerpos, enfermedades, síntomas que siempre, de alguna manera, son definidos localmente (Lock, 1993 en Menéndez 2002).

Siguiendo el proceso s/e/a, la importancia de la definición y estudio de dicho proceso, constituye un universal que opera estructuralmente en toda la sociedad y en todos los conjuntos sociales que la integran. Así, en cuanto al problema que nos ocupa, será necesario determinar los padecimientos y respuestas sociales que genera la enfermedad como procesos estructurales de los que se desprenden tanto representaciones explicativas como prácticas, las cuales configuran dos niveles de realidad a estudiar, así como la correspondencia entre ellos. También nos centraremos en la confrontación de los sistemas biomédicos, científicos o alopáticos en relación a los modelos médicos tradicionales que pueden funcionar en el medio social de la inmigración de forma institucionalizada o no.

Desde que Talcott Parsons se unió al movimiento de desarrollo de la sociología médica, identificando lo que denominó "*rol de enfermo*", cuando una persona es identificada por la institución médica como enfermo, dentro del proceso de búsqueda de salud y del proceso s/e/a, se le excusa de toda sanción social respecto a sus obligaciones, se es indulgente con él, pero se le aparta y aísla del camino de los demás, que son los que definen precisamente el rol de enfermo. Según este modelo, los sistemas sociales se relacionan con sistemas de personalidad y cultura como fundamento del orden social,

incluyéndose el rol de enfermo en función del sistema social donde vive una persona. Según este concepto, el rol de enfermo no es una elección consciente y deliberada, asumiendo el papel de individuo desviado (Cockerham 2002).

El rol de enfermo también ha sido explicado por Helman, considerando que dicho rol proporciona un canal pseudolegitimado de liberación de responsabilidades adultas, así como la base de la obligación de ser cuidado por los demás. En la mayoría de los casos, este rol es especialmente potente al ser validado por un médico o cualquier otro profesional de la salud. Este cuidado normalmente tiene lugar dentro del sector popular de atención a la salud y especialmente dentro de la familia, donde los síntomas son discutidos, valorados y la toma de decisiones se hace en función de si están enfermos o no, y de cómo deben ser atendidos (Helman 2001).

Una expectativa importante según esta teoría es que los enfermos no son capaces de cuidarse. Una persona dependiente tampoco es capaz de cuidarse por sí sola pero no por ello asume el rol de enfermo; a un anciano tampoco le es adjudicado siempre el rol de enfermo. Es a colación de este tema donde venimos a cuestionar el rol del anciano en la sociedad, puesto que no siempre tiene rol de enfermo pero sí que puede ser dependiente sin sufrir enfermedad.

2.1.3.2 Bases teóricas del proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a) en la ancianidad dentro del marco del Modelo Médico Hegemónico

Para conocer las características dominantes del Modelo Médico Hegemónico se tomarán los postulados de Eduardo L. Menéndez, según los cuales, sus funciones básicas son de tipo curativo-preventivo, normatizador, de control y legitimación (Menéndez 1986).

En tanto que se tiene conciencia de situación de salud desviada se busca la legitimación del padecimiento y se espera una respuesta formal ante ello; dicho proceso se altera cuando no se tiene conciencia de desviación de la salud, cuando se asume como un proceso vital normal y es desmedicalizado por el propio individuo, aún cuando los cambios propios del envejecimiento están ligados a las condiciones de salud; en este caso, el proceso de búsqueda de salud e intervención familiar, sanitaria y social se enlentece, a la vez que las capacidades personales, así como su socialización, siguen disminuyendo. Es la realidad que rodea a muchas personas de edad avanzada que viven solas.

En este sentido, la enfermedad o las experiencias de enfermedad asociadas a la ancianidad, son experiencias de aislamiento, que desorganizan las relaciones entre la persona enferma y su nexos social. Según Kleinman, las formas tradicionales de cognición

médica funcionan para restaurar estos lazos y para armonizar las tensiones y rupturas producidas en las relaciones sociales, reafirmando a su vez los temas y los valores culturales tradicionales en momentos de estrés considerable tanto para el individuo como para su grupo social, ejerciendo así una gran labor de provisión de significados para la enfermedad. La ciencia occidental está basada en una concepción del mundo que considera los procesos y acontecimientos biofísicos como la realidad más central y como consecuencia, el modelo explicativo empleado habitualmente por la medicina científica moderna es un modelo objetivo y altamente impersonal, no siendo capaz de ofrecer un sentido personal y social a la enfermedad. El idioma explicativo médico tradicional se sitúa más cerca de las necesidades médicas populares, mientras que los esquemas interpretativos de la medicina científica moderna se alejan de la realidad humana de enfermedad (Kleinman 1975).

No obstante, a pesar de la gran problemática de las personas mayores, existen formas muy efectivas a la hora de hacer frente a la situación, ya que muchos procesos de salud/enfermedad/atención de los que sufren son muy graduales, tanto como para permitir la adaptación progresiva; el manejo de un proceso crónico durante mucho tiempo permite afrontar el problema más eficazmente que cuando acaba de debutar dicho problema; los decrementos y pérdidas sólo son una faceta de la vida, mientras que se puede tener gran satisfacción en el resto.

Las personas mayores son absolutamente conscientes de sus decrementos debido a la autoconciencia del cambio así como por la conciencia colectiva y social del cambio (Kalish 1996).

Así, la importancia que realmente tienen los cambios físicos y mentales no se plantean como los más destacables dentro del proceso de envejecimiento. Éstos pasan a tener consecuencias de mayor relevancia especialmente cuando coinciden con la pérdida de los roles familiares y sociales, pérdida de la familia, soledad social, pérdida de disponibilidad económica, etc...

El significado humano de la pérdida en las capacidades sensoriales y motoras, como el significado de cualquier pérdida, es a menudo mucho más grande que las dificultades inmediatas que aparecen a causa de los cambios funcionales. En un entorno donde la noción de crecimiento o desarrollo personal es extremadamente importante, el hecho de darse cuenta de que no se pueden realizar muchas actividades que formaban parte de su vida cotidiana, puede ser causa de alteraciones psicológicas y mentales, especialmente si coincide con otras pérdidas. Así, la demanda más importante hecha sobre la vejez es que sea capaz de realizar actividades sustitutivas y que se mantenga un alto sentido de satisfacción en la vida (Kalish 1996).

La condición de cronicidad de muchas enfermedades y padecimientos es común en gran cantidad de personas mayores; aunque también se presentan en jóvenes, son más usuales en aquéllas. Independientemente del momento en el que irrumpen en la vida del individuo, una realidad incuestionable es el inmensurable sufrimiento e incapacitación que generan en miles de personas.

La metáfora de la "*bala mágica*" (medicamentos), la cual resulta ser tan exitosa en el manejo y tratamiento de las enfermedades microbianas, es claramente inapropiada para tratar las enfermedades crónicas degenerativas, las enfermedades psicosomáticas y las enfermedades mentales (Kleinman 1975)

En la vejez, tanto los problemas físicos como los mentales son iguales que los que afectan a otros grupos de edad, excepto que tienen lugar mucho más frecuentemente, tienen más probabilidad de ser crónicos, irreversibles y son, a menudo, mucho más amenazantes para la vida. Tal amenaza no tiene solamente raíces biopsicosociales, sino también culturales; existe toda una serie de padecimientos que en muchas ocasiones tienden a ser omitidos, resignificados a través de representaciones que ofrecen una explicación y un control sociocultural respecto a dichos padecimientos, aunque no una solución en cuanto a las consecuencias en términos de morbimortalidad. Estamos a menudo frente a comportamientos de negación de ciertos procesos.

Muchas personas mayores no están de acuerdo con su propia dependencia. La negación de la realidad evidente genera grandes problemas relacionados con la puesta en marcha de los dispositivos sociosanitarios y ayuda social. No identificar las propias necesidades aleja al individuo del proceso salud-enfermedad-atención, de manera que diversos factores pueden influir en el alejamiento de la búsqueda de experiencias de salud, y posiblemente sea debido a que muchas personas no consideran que la vejez vaya unida a la pérdida de salud, sino que consideran que se trata de una vivencia en esa etapa de la vida que reviste cierta normalidad. No se trata de necesidades sentidas y no manifestadas, sino simplemente son experiencias de salud diferentes a lo que entendemos como buen estado de salud.

Precisamente el término salud es el que mayor grado de subjetividad admite en su empleo, de manera que mayoritariamente, la concepción cultural de la persona determina el momento y la forma en que se inicia el proceso salud-enfermedad-atención y la búsqueda o no de "*otras*" experiencias de salud. El énfasis antropológico en lo local está vinculado a ensalzar la experiencia del actor, de manera que Turner y Geertz entre otros, proponen que la experiencia respecto de cualquier proceso (como el padecimiento) no es nunca universal sino local, expresando siempre códigos de culturas específicas. Fabrega analiza los factores y procedimientos que determinan la manera en que los individuos y

grupos están afectados y responden a una concepción orgánico corporal (*disease*, según la biomedicina) o a una concepción social y psicológica, sosteniendo que la concepción del padecimiento (*illness*) es una construcción social biomédica que deriva de la propuesta cartesiana sobre la dualidad cuerpo/mente (Fabrega 1990). En relación a la propuesta *illness/disease* que reformuló Kleinman, realmente no se buscaba incluir el punto de vista del paciente, del anciano o cuidadores en nuestro caso, del actor en definitiva, sino utilizarlo desde la perspectiva biomédica. Así, a pesar de reconocerse tal concepción subjetiva o del padecimiento por parte del actor, no parece haber pretensión de que sus puntos de vista modifiquen las condiciones de la intervención biomédica, motivo por el cual cobra aún mayor importancia nuestro estudio.

La concepción cultural del padecimiento deviene del culturalismo norteamericano y de la visión unificada del hombre, de manera que la cultura es elemento unificador de la tríada cuerpo/mente/cultura.

Según L. Dossey, la salud y la enfermedad humanas nacen emparejadas con la propia percepción del tiempo (Dossey, L. 1982 en Vicens 1995). Entonces, cabe cuestionarse si caemos enfermos sólo por ajustarnos a una idea estrictamente lineal del tiempo y por tanto, se asocia la vejez a la enfermedad sólo por una concepción estructural de la vida. En la actualidad, las enfermedades se dan en el medio ambiente social, ecológico, psicológico y probablemente en la crisis antropológica del hombre moderno. Aunque se identifica la velocidad con progreso, este hecho conlleva un proceso de degradación, de alienación personal propia de la era industrial, que continúa creciendo con la tecnología.

El tiempo, entendido como signo de envejecimiento, puede vivenciarse de distintas maneras y no solamente en sentido lineal, sino de otras formas que se orientan hacia la expansión, espaciación, reducción... Estas otras formas de considerar el tiempo afectan a la salud. La creencia en un tiempo lineal subyace a los presupuestos que tenemos sobre la salud y la enfermedad, sobre la vida y la muerte. Debemos revisar la idea que tenemos de salud y de enfermedad porque están ligadas a la idea que tenemos del tiempo. Claro ejemplo de ello es la concepción del continuo s/e/a.

Hay una lucha acelerada con el tiempo que aparentemente se pierde, que parece escaparse, pero realmente el tiempo nunca puede perderse ya que va íntimamente unido a los acontecimientos vividos, a las experiencias y vivencias, como la del sufrimiento en tanto que representa una experiencia vital en este proceso salud-enfermedad. No puede perderse el sufrimiento como no puede disiparse el tiempo.

La vejez conlleva esa lucha contra el ritmo orgánico del propio cuerpo, contra el ritmo de la propia naturaleza. Al vivenciar un tiempo que siempre vuelve, como en el *Mito del eterno retorno*, se concede una oportunidad a la expresión, a la creación, a la visión de un tiempo no lineal que se percibe como una oportunidad de crecimiento y autorrealización, no como un devenir abocado a la pérdida en su más amplio sentido (Eliade 1972). Es un tiempo que favorece la armonización con el ritmo propio y por ello favorece la salud. Esta regeneración proviene de una toma de conciencia de la relatividad del tiempo, liberándose éste de su linealidad exclusiva. Tal vez aquí radica el sentido del ocio en nuestra civilización, concepto surgido a raíz de la revolución industrial y ligado al tiempo libre al margen de la actividad laboral. La modernización, en este sentido, se extiende por todo el planeta conquistando otras culturas. A su vez, crece cualitativamente invadiendo todas las esferas de la vida cotidiana, como por ejemplo, la salud y la educación, que desde la antigüedad requerían una mayor implicación humana. Éstas dejan de ser terrenos específicamente humanos para reducirse a factores científico-técnicos, lo que significa reducirlas a sus aspectos formales y mensurables ignorando los aspectos inconscientes pero reales. Actualmente, la enfermedad está tomando un cariz de peligrosidad a nivel social, psíquico y convivencial que afecta en gran medida a la vida diaria.

Esta relación entre el tiempo, el envejecimiento y la concepción de la salud nos permite analizar cómo va disminuyendo progresivamente el grado de bienestar general de la sociedad, cómo la salud de las personas va "*enfermando*", y cómo la persona va quedando al margen de su propio proceso de enfermar, perdiéndose así la esencia de los cuidados, e incluso, la dignidad en el proceso de morir.

En este sentido, si analizamos cómo una determinada concepción de la realidad genera males que se manifiestan a nivel orgánico, los remedios adecuados no se sitúan en la mejora de técnicas aplicadas o en la elaboración de un nuevo medicamento, sino en el cambio de concepción de esta realidad.

Observar con precisión el campo de las emociones, las aspiraciones humanas, que contribuyen también a enfermar o a sanar es realmente difícil aunque igualmente necesario. Difícil es también precisar una observación del subconsciente colectivo o individual, generadores ambos de enfermedad o de salud. Así, la vulnerabilidad o el estado emocional pueden jugar un papel decisivo para el restablecimiento del bienestar, siendo muy característico que ambos aspectos se identifican muy negativamente en la ancianidad de hoy.

Es en la mente de la persona donde se originan la mayoría de las enfermedades, pero el modelo lineal biomédico fracasa ante esto, siendo cada vez más baja la calidad de

la salud de la población anciana y muy elevado el coste del mantenimiento. Haber perdido de vista la problemática del enfermo, tanto física, como emocional o familiar, es perder el sentido fundamental de un conocimiento de carácter esencialmente humano y una consecuencia directa de la ciencia reduccionista aplicada a la Medicina. Según este modelo, el cuerpo con síntomas fisiológicos se separa de la mente, con síntomas psicológicos, siendo profesionales diferentes los indicados para atender según qué afecciones. Por otro lado, el organismo se disocia de su contexto social, familiar o medioambiental. A su vez, este modelo separa el dolor del estado emocional de la persona. Por último, también se disocia la enfermedad del sentido de la vida (Vicens 1995)

La concepción multidisciplinar surge con la Medicina moderna pero lo que consigue es la parcelación de la persona y la pérdida del factor humano en el proceso s/e/a. Así, el paradigma desarrollado hasta ahora ha vaciado a la salud de todo contenido profundo en cuanto a significado de la vida. Y entonces, ¿dónde ha quedado la posibilidad de morir en buena salud? ¿es posible la calidad de muerte sin calidad de vida?

Evidentemente, para enfrentarnos a esta cuestión es necesario analizar las actitudes generales hacia la muerte de nuestros ancianos. Dichas actitudes han empezado a cambiar de forma considerable en los últimos tiempos, pero aún no se han incorporado plenamente a nuestro sistema sanitario. Para ello se requiere un cambio conceptual fundamental en la visión médica de la enfermedad y la salud, no sólo por parte de los profesionales sanitarios, sino por parte de toda la sociedad; cambio que lamentablemente no resulta suficiente con la implantación de una ley que etiqueta la dependencia de las personas o un plan de cuidados paliativos a domicilio. Sabemos que gran parte de nuestras acciones y comportamientos están determinados por la actitud que tomamos ante la realidad, una actitud que se alimenta de las valoraciones que hace la cultura de la realidad misma y que ahora mismo resulta necesario transformar profundamente a este respecto.

Las enfermedades crónicas y degenerativas hacen palidecer los éxitos de la Medicina, así como las enfermedades sociales (violencia, terrorismo, drogadicción y marginación). Las inquietudes han pasado a ser básicas para mucha gente que tiene la intuición o el convencimiento de que gozar de buena salud depende de cómo se vive y del conocimiento del *sí mismo*.

La teoría más importante y distintiva del interaccionismo simbólico donde se desarrolla en concepto del *sí mismo* es la de George Herbert Mead. En lo esencial, la teoría de Mead asignaba primacía y prioridad al mundo social. Es decir, la conciencia, la mente, el "*self*" (*sí mismo*), etc...emergen del mundo social.

El “*self*” es la capacidad de verse a sí mismo como un objeto social. Así pues, el “*self*” surge del proceso social. El mecanismo general del “*self*” es la capacidad de las personas de ponerse en el lugar de otros con el fin de actuar como esos otros actúan y verse a sí mismas como las ven otros. La capacidad de verse desde el punto de vista de la comunidad es esencial tanto para la emergencia del “*self*” como para las actividades grupales organizadas.

Resulta interesante rescatar la categoría del “*self*” en tanto que la persona mayor imbuida dentro del proceso salud/enfermedad/atención está aislada socialmente, de manera que si no hay proceso social ni actividad grupal organizada que le otorgue valor social, el anciano podríamos decir que acaba perdiendo la noción intrínseca de su propio “*self*”.

Esta perspectiva puede relacionarse con la investigación de la personalidad sobre el “*sí mismo*” o la percepción del sí mismo, es decir, el modo en el que un individuo se percibe a sí mismo dentro de un sistema de referencia fijado socialmente. Kuhlén (1959) y Mason (1954) nos informaban acerca de la presencia de una imagen del “*sí mismo*” más negativa a medida que avanza la edad (Lehr 1995); pero últimamente, según esta corriente psicológica de investigación sobre la senectud, se duda de que la imagen de sí mismo dependa de la edad, interfiriendo posiblemente tanto los métodos y técnicas de investigación cuantitativa en los hallazgos obtenidos como las circunstancias sociales de soledad y aislamiento en que viven la mayoría de personas de edad avanzada. No obstante, sería interesante conocer los factores que llevan a tal crisis de percepción del “*sí mismo*” en adultos y jóvenes en la actualidad en tanto que la edad no parece ser una variable determinante en la definición de la autopercepción.

Una de las perspectivas teóricas más significativas en las que se apoya la investigación cualitativa es la corriente sociológica del “*significado y acción*”, que considera a las personas como actores sociales (Cuff y col. 1990 en De la Cuesta Benjumea 2002). En relación a la temática de la ancianidad, se entiende que las personas mayores, aunque igualmente condicionadas por aspectos estructurales, deciden o prefieren actuar de una manera determinada. Estas decisiones se basan en los significados que ellas atribuyen a las situaciones, de los cuales depende que la acción proceda de manera sosegada o en conflicto.

También tomaremos parte de los postulados de Goffman referentes a la estigmatización. En este caso que nos ocupa, podría considerarse que el estigma es una clase de relación entre atributo y estereotipo profundamente desacreditador. Así, para explicar la inferioridad y dar cuenta del peligro que representa, racionalizan una ideología basada en otras diferencias como la clase social (Goffman 1988).

Aunque desde el punto de vista del estigmatizado, también podría considerarse una deficiencia la incapacidad de aceptar al otro, que disminuye la armonía social hasta el punto de hacerla desaparecer. Los integrantes de una categoría de estigma tienden a reunirse en pequeños grupos sociales, cuyos miembros proceden de la misma categoría. Estos grupos están, a su vez, sujetos a organizaciones que los engloban en mayor o menor medida.

“ La situación especial del estigmatizado reside en que por una parte la sociedad le dice que es un miembro del grupo más amplio, lo cual significa que es un ser humano normal, y por otra, que hasta cierto punto es “diferente” y que sería disparatado negar esa diferencia. La diferencia en sí deriva, por cierto, de la sociedad, pues por lo general una diferencia adquiere mucha importancia cuando es conceptualizada en forma colectiva por la sociedad como un todo.”
(Goffman 1988:26)

No obstante, la situación que viven muchas personas mayores en la actualidad es contradictoria a nivel social en tanto que experimentan vivencias estigmatizantes asociadas a sus nuevos roles y estatus mientras que a su vez no terminan de ser identificados con el rol de enfermo por la institución sanitaria, refiriéndonos en este sentido al anciano que permanece en casa, no institucionalizado, donde es difícil ubicarlos en un espacio social significativo.

Por tanto, nos encontramos con un numeroso sector de la sociedad que por un lado es identificado institucionalmente como dependiente pero no realiza la carrera del enfermo que proponía Goffman; no está institucionalizado pero vive una expropiación de derechos y relaciones; no resulta obvio que necesiten tratamientos especializados y nadie reconoce sus necesidades reales; no están (en muchos casos) institucionalizados pero son seres liminares.

El sistema social de referencia aparece, por tanto como un factor determinante respecto de la imagen y de las vivencias del “*sí mismo*”. Envejecer se convierte, en muchas ocasiones, en una sobrecarga para el individuo, porque hace que la sociedad le plantee determinadas expectativas de comportamiento, las cuales se orientan en muchas ocasiones a otra realidad y a otras necesidades de salud que no se corresponden con las vividas, sino más bien dirigidas a las representaciones tradicionales y estereotipos, dificultando la adaptación al envejecimiento. En este sentido, el factor causante de tales discrepancias viene a ser la diferencia que existe entre la percepción del “*sí mismo*” que tiene la persona mayor y la que tienen los demás. Esas representaciones de roles tan arraigadas en la sociedad influyen en el comportamiento de las personas mayores y determinan una actitud negativa en los jóvenes ante el envejecimiento (Lehr 1995).

En las patologías sociales se hace evidente el significado del papel humano y es en el terreno de la Salud Pública donde se observa mejor este factor, teniendo una estrecha relación con la concepción de la vida y la conciencia colectiva.

Existe cierta ansiedad política que se manifiesta en la Sociología a través de ciertas teorías apocalípticas de las invasiones del cuerpo. Así, el cuerpo se hace apocalíptico con el envejecimiento y declive ante la aparente incapacidad de los gobiernos nacionales para controlar la tecnología y los costes sociosanitarios (Turner, B.S. 1994).

Tanto la salud como la enfermedad son relativas a la personalidad de la persona, a su concepción y percepción de las cosas, las cuales, a su vez, están condicionadas por ideologías, doctrinas, imágenes o símbolos de su entorno cultural. Es decir, la salud y la enfermedad implican varios factores a la vez: la percepción del tiempo, la personalidad y el comportamiento, las actitudes y la visión del mundo circundante (Vicens 1995) Entendido así, podría intervenir sobre la salud desarrollando una filosofía del saber humano. Podrían igualmente modificarse las actitudes básicas respecto a la manera de trabajar, habitar, alimentarse o descansar, y cambiar así muchos de los hábitos que tienden al anquilosamiento y alineación. Es decir, mediante las funciones mentales de la voluntad y la atención pueden modificarse las conductas enfermizas y reorientarlas hacia otras más saludables.

El factor humano es decisivo para la salud y la prevención de las enfermedades. La prevención, a todos los niveles, debería ser el objetivo prioritario de cualquier política de Salud Pública. Para esto, según Vicens, es necesario tener presente (Ídem):

- El nivel de satisfacción y motivación en el trabajo
- Capacidad de expresar los propios sentimientos
- Posibilidades de relación y asociación directa y personal
- Acceso a la educación que permite el pleno desarrollo

Si atendemos a todos estos aspectos, necesarios para establecer una prevención de problemas de salud, advertimos que ninguno de ellos es hoy día posible en las personas mayores, tal y como están concebidas socialmente sus vidas en la actualidad. La interrelación es una exigencia, una necesidad que puede manifestarse a diferentes niveles en las relaciones personales. Este hecho es fundamental para la salud, pues significa permitir que se establezca el contacto con el mundo que nos envuelve y que forma un todo con nuestra personalidad.

Esta participación en la vida social conlleva un componente de salud que es básico, mientras que una posición de aislamiento, tan común en la ancianidad, equivale a exponerse a la enfermedad y a la muerte. La cuestión es que las relaciones sociales, hoy día, supeditadas a la estructura moderna de la sociedad industrial, son relaciones enmarcadas en pautas de utilitarismo que acentúan, todavía más, el aislamiento. Así, la estructuración de las relaciones sociales en función de la utilidad monetaria, acaba disminuyendo la calidad de vida y el nivel de salud de las personas mayores.

En este sentido, las teorías marxistas y estructuralistas han sido rechazadas como base para el estudio del proceso s/e/a en las diferentes etapas de la vida; no obstante, también existe una tendencia a su aceptación tanto para describir como para interpretar diversas problemáticas analizadas a través de procesos culturales, económicos y políticos.

El medio en el que vive una persona mayor dependiente, podemos decir que es un ambiente de influencias enfermizas tanto por el entorno físico en que conviven como por el entorno social; las relaciones sociales son una vía imprescindible de interacción del ser humano con el medio que le rodea y las condiciones del medio ambiente en general y de la vivienda en particular, influyen en el bienestar de las personas mayores.

Si tomamos como referente la Teoría General de Sistemas², comprobamos que es incuestionable la relación existente entre la interacción del individuo y las diferentes fases del proceso s/e/a. Cuando una persona manifiesta cansancio, debilidad, desinterés, depresión o un malestar general que no puede localizarse en ningún punto del nivel molecular, también se puede hablar de enfermedad, puesto que la persona se ve incapaz de interactuar con el medio de forma saludable, de adaptarse o de crear un nuevo medio que le permita mantener o conservar la salud. Sean inducidos o intrínsecos, aislamiento y entorno son, en definitiva factores generadores de enfermedad.

A este respecto también cabe destacar la noción de autorrealización en un contexto de relaciones dinámicas que influyen los estados de salud. Según Maslow, las personas autorrealizadas y por tanto, más creativas y sabias, son a la vez las personas más sanas y sensibles (Maslow 1976). Así, si de antemano dejamos de lado la interrelación del individuo con su vida diaria, en la que nuestra mente y nuestras concepciones pueden intervenir, estamos obviando la capacidad inicial de mejorar la salud y la calidad de vida. Este modelo es el que se reproduce en la sociedad actual y que confirma la concepción

² L. Von Bertalanffy explica en la Teoría General de Sistemas que los organismos vivos son un todo que influye en cada una de sus partes y es influido por éstas {{2540 Bertalanffy, L. von, 1976; }}.

negativa que se tiene de la ancianidad, a diferencia de otras culturas en las que la visión de plenitud de esta etapa es a su vez generadora de salud y mayor longevidad.

La autorrealización es un proceso continuo, el cual implica un "*sí mismo*" que se actualiza, buscando dentro de uno mismo las respuestas y asumir la responsabilidad relativa a la enfermedad por falta de autorrealización .

No se considera que los padecimientos se expresan a través de formas culturalizadas, ni tampoco que tales padecimientos sean culturales en sí, lo cual las diferencia de las nuevas tendencias interpretativas que no sólo afirman que el sujeto culturalizado es quien da sentido y significado a su padecimiento, sino que "*el self*" (sí mismo) está culturalmente constituido (Csordas 1990).

Hasta ahora hemos hablado de la influencia de las relaciones sociales, la mente y las cosmovisiones en el proceso salud-enfermedad, apreciando que el factor humano y los valores pueden ser un motor de búsqueda de nuevas formas de vida y experiencias que aspiren intensamente a la salud. La sociedad contemporánea podría reconvertir sus aspectos negativos a efectos de salud si se transformara en base a un proceso de avance hacia los valores humanos realmente saludables. Si se avanzara en humanización en vez de en tecnificación, se iría en consecuencia con la creciente necesidad y búsqueda de salud de las sociedades actuales.

El envejecimiento debería llevar aparejado un enfrentamiento con las alteraciones del estado de salud, revisando especialmente la jerarquía de valores dominante hasta ese momento de la vida (Peck, R. 1956 en Lehr 1995). Así se podría lograr trascender lo corpóreo a pesar de las molestias físicas que suelen acontecer. Ahora bien, la trascendencia del cuerpo no puede conseguirse sin comprender el alcance del impacto de la alta tecnología médica, determinante en gran medida del envejecimiento de la población. Tales son las consecuencias sobre la vida que cuestiona la propia muerte, dibujándose con ello un núcleo de problemas éticos y filosóficos.

La persona mayor no es sólo un usuario; es sobre todo una persona que envejece, que vive envejeciendo y envejece viviendo (Adroher Biosca 2000).

2.1.4 La familia ante la ancianidad

“Todos los pueblos hostiles a la familia

han terminado,

tarde o temprano,

con un empobrecimiento del alma”

H. Keyserling.

2.1.4.1 Elementos conceptuales y aspectos sociodemográficos de la familia frente a la ancianidad.

Tras la industrialización de la sociedad, se produjo un cambio de la estructura arquitectónica y funcional de ésta, que influyó decisivamente en la configuración de las familias y, por supuesto, en la concepción del ser humano, que pasaba de ser una unidad de autoconsumo, cerrada e independiente a ser una unidad de producción y consumo, valorada en términos económicos y de rentabilidad social. Pero en cualquier caso, la familia ha sido y sigue siendo considerada como la célula básica de la sociedad, institución en la que reside por excelencia la solidaridad, ofreciendo un apoyo muy superior al de cualquier sistema de protección social.

Según Rivera, el paso de la familia tradicional o preindustrial a la familia postmoderna supuso cierta diferenciación a nivel funcional, de manera que se han sustituido ciertos roles sociales propios de este modelo familiar, enfocándose hacia la especialidad para el cumplimiento de dos funciones consideradas esenciales: la socialización de los hijos y la estabilidad psíquica y afectiva de los adultos, además de convertirse en una nueva unidad de consumo. De este cambio se han derivado otros que afectan tanto a la composición interna de la familia, paso de la familia supuestamente extensa a la familia estrictamente nuclear, como a los que afectan a su estructura relacional y jerárquica. La familia ha estado siempre estrechamente ligada a la sociedad en la que se circunscribe, siendo imposible entender los cambios familiares sin contemplar las transformaciones de la sociedad (Rivera Navarro 2001)

Según la Recomendación 18 de la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento:

“La familia es la unidad básica reconocida por la sociedad, y se deberán desplegar todos los esfuerzos necesarios para apoyarla, protegerla y fortalecerla de acuerdo con el sistema de valores culturales de cada sociedad y atendiendo a las necesidades de sus miembros de edad avanzada. Los Gobiernos deberán promover las políticas sociales que alienten el mantenimiento de la solidaridad familiar entre generaciones, resaltando el apoyo de toda la comunidad a las necesidades de los que prestan cuidados a los ancianos y la aportación de las organizaciones no gubernamentales en el fortalecimiento de la familia como unidad” (Adroher Biosca 2000).

A pesar de la transformación que están experimentando los entornos familiares, la familia española ha sido muy tradicional hasta hace relativamente poco tiempo, en comparación al resto de países desarrollados. España tiene aún algunas evidencias que caracterizan a un país cuyos roles familiares han permanecido muy desarrollados y mantenidos durante siglos.

Puede que existan razones demográficas que ayuden a explicar este hecho, ya que a nivel europeo, por ejemplo, los países mediterráneos han tenido una transición demográfica más tardía, por lo que el descenso de la natalidad todavía se está produciendo, aunque, países como España e Italia ocupen los lugares más bajos en cuanto a éste fenómeno demográfico, mientras que algunos países del Norte ya comienzan a remontar sus cifras.

En relación a la demografía, tanto el descenso de la fecundidad y el alargamiento de la esperanza de vida confluyen con otros factores de carácter social y económico, los cuales merecen especial atención al retraso en la edad del matrimonio o ausencia del mismo, unido al aumento en la incidencia de divorcios y elevadas tasas de inestabilidad en las uniones. Así, en el transcurso de los últimos treinta años se ha producido un cambio bastante profundo de las estructuras familiares y del hogar, que se manifiesta, fundamentalmente, en la multiplicación del número de hogares y en la reducción del tamaño medio familiar, junto con un lento pero constante incremento de nuevas formas de convivencia, consecuencia del cambio social en nuestro entorno (Del Campo 1991).

Como consecuencia directa de los factores anteriormente indicados podemos señalar el aumento de personas mayores que viven solas y de parejas sin descendencia.

Ya en los años 80 empezaban a vislumbrarse los atisbos de lo que hoy día es una realidad, un importante cambio demográfico que dibuja una sociedad completamente diferente. El aumento del número de ancianos y a la vez de hogares donde no había personas mayores permitió a Harris reflexionar al respecto, concluyendo hace ya dos décadas, que existe una tendencia a alejarse de la *“vida de familia”*, con independencia del crecimiento del número de ancianos (Harris 1986).

Antes de seguir avanzando sobre la familia y su relación con la ancianidad, cabe plantearse que el término familia implica una realidad compleja con gran cantidad de variables que influyen en ella, siendo un reflejo de los cambios sociales y culturales a lo largo de la historia de la humanidad.

La familia, según el Diccionario de la Real Academia Española es el *“grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas, así como el conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”* (Real Academia de la Lengua Española 2007). Así, se alude a un mismo espacio de convivencia y a un vínculo de parentesco como características comunes a la totalidad de la tipología familiar. Partiendo de esta base, se alcanzan fines sociales, tal y como diría Gellner, *“la familia es el medio a través del cual una relación de naturaleza física es empleada para propósitos sociales, siendo los patrones sociales impuesto a la descendencia altamente complejos y variopintos”* (Gellner 1987).

Hogar y familia no son sinónimos aunque en muchas ocasiones aparecen estrechamente relacionados. El hogar delimita la unidad económica y social constituida por la persona o grupo de personas que comparten la misma vivienda; sin embargo, la familia abarca la convivencia, los lazos de matrimonio o consanguinidad, los descendientes y parientes políticos. Mientras que la familia es una institución y un grupo social que cumple las funciones de intimidad, solidaridad y duración, el hogar sólo refiere a la misma vivienda tanto a nivel económico como social (Rivera Navarro 2001).

No obstante, cabe tener en cuenta que todo el mundo posee una experiencia familiar particular que genera una gran variedad interpretativa influenciada por la dimensión cognitiva de cada autor o informante.

Es en este punto de la funcionalidad y la finalidad social de la familia donde se desata el interés en relación a la atención a los ancianos dentro de la estructura familiar, aludiendo especialmente al encuentro intergeneracional, la constitución de red de apoyo, supervivencia y cuidado, aportación de clima de afecto y apoyo.

El encuentro de varias generaciones para el cuidado de otra generación, supone un esfuerzo, no siempre fácil, pero que en todo caso, requiere un enriquecimiento de recursos personales que ayuda a madurar. Esfuerzos tales como tomar conciencia de los mitos y ritos que han configurado el estilo familiar, verbalización de las necesidades, demandas, cesiones respecto a los patrones familiares, flexibilidad respecto al peso específico que pueda poseer lo biográfico y sus límites, así como la consideración por parte de todos de conformar un estilo familiar (Serra et al. 1998).

El encuentro entre generaciones en el seno familiar permite que niños y adultos vayan adquiriendo una madurez “intergeneracional”. Así, el abandono, relegación o sustitución en las tareas de atención y cuidado de los mayores dentro de una familia, afecta a otras muchas facetas de la vida familiar que pueden influir muy negativamente a nivel educativo, psicológico, de dinámica familiar y de organización social familiar.

En este sentido, las relaciones intergeneracionales pueden proporcionar una oportunidad para escuchar, ensayar, aprender y absorber lo constructivo de una generación, aportando lo novedoso y arriesgado de la siguiente en una época de continuos cambios sociales donde lo valioso de ayer ya no lo es hoy (García, Ramírez & Lima 1998). De este modo, cobran importancia los valores, aunque desgraciadamente los datos nos indican que la tendencia hacia la nuclearización de la familia y la vida urbana está limitando dicha posibilidad.

Los planteamientos de Harris también se posicionan en esta dirección, afirmando que el hogar de familia extensa parece haberse extinguido, y el hogar de familia elemental parece ahora replegarse en su centro nuclear (Harris, C.C. 1986).

En el caso de los ancianos, además del cuidado que se prestan entre sí los esposos, la Encuesta sobre *Demandas de trabajo no monetarizado de los ancianos* (1993), muestra el funcionamiento de los lazos intergeneracionales, de manera que el sistema de cobertura familiar a los ancianos se ha apoyado durante mucho tiempo sobre todo en los familiares convivientes, que han estado cubriendo la mayoría de las atenciones (Durán 2004). Así, la familia ejerce el papel de redistribuidor intergeneracional, tanto en tiempo como en dinero. La familia es un grupo social; un sistema relacional abierto formado por un conjunto organizado de elementos que se relacionan e interactúan entre sí, de manera que cualquier acción, alteración o cambio en uno, repercute en todos los demás y viceversa.

Recordemos que en un sentido social, la familia es entendida como “grupo humano de coresidencia, cuyos vínculos se establecen a partir de la convivencia, la cooperación y la ayuda mutua...(…) El concepto mismo de familia lleva implícito el reconocimiento de enlaces afectivos y duraderos, sobre la base de parentesco instituida social y culturalmente” (Guerrero Muñoz 2002:185).

Según la Teoría General de sistemas, se puede observar al individuo, familia y comunidad en sus interacciones entre ellos y su ambiente; valora la importancia de estas interacciones entre las partes del sistema y entre los sistemas entre sí y puede planificar estrategias para intervenir dentro y entre sistemas. En este sentido, la familia es en sí un sistema.

La familia es un núcleo generador de hábitos, un entorno de aprendizaje e interiorización de las bases del autocuidado y cuidado a dependientes. Para Taylor, la familia es el factor que influye directamente en las necesidades de estos cuidados por parte de sus miembros y la capacidad y posibilidad de éstos de satisfacer dichas necesidades (Taylor 1998). También es un contexto en el que frecuentemente, se proporcionan cuidados a un miembro dependiente; también es una entidad global que puede necesitar cuidados enfermeros, transformándose en una unidad de cuidados. La interacción de los componentes de la familia se puede manifestar a nivel de autocuidados.

Pero la familia, a su vez, también puede definirse en términos culturales, de manera que los comportamientos y las prácticas tienen un patrón explicativo familiar, y en cierto modo, también predictivo, siendo los valores y creencias los que marcan las dinámicas de funcionamiento de la unidad familiar, que en primera instancia es siempre el primer entorno de socialización, y en muchos casos, como el de los individuos que permanecen en su casa hasta el final de su vida, la familia vuelve a ser el entorno más próximo y único de socialización para ellos.

En este sentido, la familia proporciona una organización con cierta solidez estructural a nivel social así como las claves interpretativas a nivel cultural. Tanto el tipo de familia como el ciclo vital son factores que deben ser estudiados para relacionarlos con el proceso salud-enfermedad-atención, identificar la capacidad de la familia para obtener recursos en una situación de crisis, conocer el comportamiento de la familia con relación a la utilización de los recursos y servicios sanitarios, planificación de actividades curativas, preventivas y de promoción de salud, así como el uso de recursos (individualmente y a nivel de comunidad).

2.1.4.2 Referentes teóricos para el análisis sociocultural de la familia en relación a la ancianidad.

Abordar la institución familiar no supone remontarse a las corrientes evolucionistas para poder entender la concepción actual de la unidad familiar. No obstante, mirar hacia atrás nos permite aproximarnos mejor a la familia de hoy y la del mañana.

En la actualidad, desgraciadamente seguimos asumiendo implícitamente una actitud con cierto etnocentrismo. En su momento, con enorme prepotencia biológico-racial, ese fue el planteamiento de la Inglaterra victoriana, elogiada de forma tan desmesurada por los primeros antropólogos evolucionistas decimonónicos (Morgan, Spencer, Tylor, etc.). Éstos, modernos precursores del actual etnocentrismo occidental y herederos directos de una idea moderna de progreso durante el siglo XVIII, proyectan sobre Europa y especialmente sobre la Inglaterra del siglo XIX todas sus esperanzas como

teóricos antropológicos. Ven en ella la suprema forma de existencia, ese estadio superior cultural de la civilización humana que tanto anhelaban y al que tendían, en principio, el resto de culturas definidas como más "*primitivas*". Durante esos dos siglos el mundo dominado por la civilización europea vivía sostenido por la fe en el progreso. Creía que la humanidad se había subido al carro de la *cultura* por fin, el cual tenía que llevarla a formas de existencia cada vez mejores y así hasta el infinito, incluyendo entre esas formas e instituciones sociales de vida, a la familia.

Según Lévi-Strauss, la tendencia general de los antropólogos es que la vida familiar está presente en prácticamente todas las sociedades humanas. De este modo, tras haber sostenido durante cincuenta años que la familia, tal y como la conocemos en las sociedades modernas, era la consecuencia reciente de una evolución lenta y prolongada, los antropólogos actuales se inclinan a una convicción contraria, es decir, la idea de que la familia es un fenómeno universal que se halla presente en todos y cada uno de los tipos de sociedad (Lévi-Strauss 1974). Así nos alejamos de lo que en su día Morgan, Frazer, Tylor o Spencer entre otros, evolucionistas y precursores en cierto modo del etnocentrismo, promulgaron respecto a la familia como elemento nuclear de la sociedad actual como la más evolucionada de la historia. Universal e históricamente la familia ha operativizado y aplicado una división sexual del trabajo, aspecto que dio lugar a una larga tradición de cuidado doméstico asociada a la mujer en el seno familiar y en la unidad doméstica.

La universalidad de la familia ha sido siempre aceptada en Antropología como una hipótesis razonable defendida entre otros por Murdock y Redfield, aunque también tuvo detractores como Spiro (Spiro 1974).

La existencia de la familia presupone de antemano el principio de reciprocidad que planteaba Lévi-Strauss al estudiar las estructuras elementales del parentesco; entendió la reciprocidad como un hecho social total, dotado de significación a la vez social y religiosa, mágica y económica, utilitaria y sentimental, jurídica y moral (Lévi-Strauss 1969). En este sentido, si la familia es una constante universal, natural y extendida a todas las sociedades, deberíamos hacer extensivo también el principio de reciprocidad dentro del seno familiar ante cualquier necesidad que surja en alguno de sus miembros.

De este modo, según los planteamientos que fundamentan y caracterizan a la familia universal, no debería ni siquiera poder plantearse la problemática del cuidado al anciano dependiente como fenómeno de estudio, en tanto que debería seguir estando resuelto por la familia tal, y como ha ocurrido históricamente. ¿Qué ocurre entonces? ¿estamos concluyendo que la familia no es una estructura universal o que en la actualidad

se ha transformado tanto que está perdiendo parte de las características funcionales que la sostenían?

Siguiendo con este pequeño recorrido histórico, en la actualidad, uno de los aspectos más sustantivos para definir la familia son sus “*relaciones internas*” (Iglesias de Ussel 1998) y bien es cierto que tales relaciones no escapan a los cambios políticos, económicos y sociales de los últimos tiempos, siendo fiel reflejo de ellos. El aumento de las libertades individuales y la conciencia de las responsabilidades colectivas y públicas respecto de la vida cotidiana de los ciudadanos, son las dos principales ideas impulsoras de los cambios acaecidos en la situación familiar en las sociedades europeas, presentando el caso español ciertas peculiaridades al evolucionar más tardíamente por la relativamente reciente llegada de la democracia a España.

Según Alberdi, al margen de que España haya ido desarrollándolas bastantes años después que la mayoría de países de Europa, las políticas familiares europeas que surgen con el objeto de proteger al trabajador y a los miembros de su familia, evolucionan hasta configurar las redes amplias de seguridad y de protección individual que, junto a la universalización de los programas de educación y de salud, configuran lo que entendemos como Estados de bienestar (Alberdi 1997).

Un aspecto importante en el que nos hemos basado para revisar los estudios realizados hasta el momento es la unidad familiar como institución y como red de apoyo. Estudios sobre la familia como sistema de interacción y primer nivel de sociabilidad-agrupación han sido realizados por Bott y Garrido Medina, que también nos ofrecen una base teórica a partir de la cual podamos analizar los sistemas de acción (causalidad), la interacción con otros niveles sanitarios institucionales en el seno social y las consecuencias principales que se derivarían del proceso salud/enfermedad/atención. Bott aplicó por primera vez el concepto de redes sociales dentro de un medio urbano macrosocial, la ciudad de Londres, y lo refirió especialmente al grupo familiar, concluyendo que la familia londinense actual no está realmente integrada en la comunidad, dado que la familia ha reducido sus redes sociales y perdidas determinadas funciones que ha delegado en instituciones “*secundarias*”. Además, habiéndose basado en postulados estructuralistas y psicoanalistas, Bott consideró que la estructura económica y ecológica de la sociedad actual genera tipos de redes sociales que favorecen la vulnerabilidad psicológica (estrés) del grupo familiar (Bott 1990).

Durkheim, encabezando el rechazo del evolucionismo, conllevó un movimiento de ignorancia del análisis histórico a favor de un funcionalismo de tipo más bien organicista. En primer lugar, expresaba un alto nivel de abstracción al tratar de explicar una

perspectiva evolucionista de la vida social, estableciendo dicotomías entre las formas mecánica y orgánica de la solidaridad social.

Así, en las sociedades tradicionales, con una mínima división del trabajo, la estructura social consistía en un *“sistema de segmentos homogéneos, donde la integración se logra por medio de un sistema de valores comunes y los individuos participaban a través de la conciencia colectiva de creencias y sentimientos idénticos”* (Morris, Western 1999:648).

Algunos conceptos clave en la sociología de Durkheim son rol social y valores, aspectos que cobran especial relevancia en la institución familiar en tanto que parte de sus funciones se identifican con ambos términos.

“Los valores son elementos muy centrales en el sistema de creencias de las personas y están relacionados con estados ideales de la vida que responden a nuestras necesidades como seres humanos, proporcionándonos criterios para evaluar a las personas, a los sucesos y a nosotros mismos” (Rockeach, M. 1973 en García 1998: 218)

Los valores son una manera de ser o de obrar que una persona o una colectividad juzgan ideal y que hace deseables o estimables a los seres o a las conductas a los que se atribuye dicho valor. El valor se sitúa en el orden ideal, y forma parte de la manera de entender el mundo o cosmovisión de la persona.

Los valores son relativos, específicos de una sociedad, en un tiempo dado, de manera que cambian, evolucionan, aunque tardan más que los modelos en transformarse. Tiene una importante carga afectiva que impulsa la adhesión de las personas a la acción, y promueven la coherencia, unidad e integración en el grupo social.

Cuando existen discrepancias entre la conducta (comportamientos, prácticas, hechos..) y los valores, se genera malestar en la persona y en muchas ocasiones, en la familia. Por tanto, los valores suelen actuar como elementos motivadores y activadores de la acción, modulándola en cierto modo. Tanto padres como hijos interpretan su propia conducta y la del otro en función de esquemas cognitivo-motivacionales transmitidos por esos valores culturales dominantes.

La familia facilita tanto el análisis de los roles sociales como la transmisión de valores. Es un ejemplo de microcosmos social en el que diferencian los roles en función de la diferenciación de las posiciones y funciones detentadas.

Los roles sociales son modelos específicos de una función o de una posición en el seno de una colectividad, que a pequeña escala, puede ser tomada como ejemplo la institución familiar.

La familia está sometida a fluctuaciones derivadas del cambio social cuyas consecuencias afectan a su funcionalidad como institución social. Así, Dupâquier considera que la crisis del matrimonio, por ejemplo, constituye probablemente uno de los aspectos primordiales del cambio social familiar, contribuyendo directa e indirectamente a reducir el tamaño de las familias, explicando de forma prioritaria el aumento de la sociedad; haciendo estallar las estructuras del parentesco; relajando los lazos entre generaciones, comprometiendo la transmisión de los valores, amenazando la cohesión social y dejando a los individuos sin protección ante la economía y el Estado (Dupâquier 1997).

Aunque Durkheim da más importancia a los hechos sociales como fenómenos *sui generis* y como Weber, se opone al determinismo económico, su modo de análisis se configura de una manera materialista. Establece un modelo de realidad social basado en sustrato, instituciones y representaciones colectivas.

En relación al tema que estamos abordando, podemos observar que la familia ha sido considerada una institución desde muy diversas perspectivas (social, económica, política, educativa, sanitaria, moral, religiosa...). En el ámbito social, la institución familiar ha potenciado la generación de sentimientos altruistas y de tolerancia así como también patologías importantes, como el amoralismo familiar; dichos sentimientos no sólo influyen en la funcionalidad de la familia, sino que la determinan y modulan, de manera que en la actualidad no se puede hablar de familismo como norma, sino que más bien nos encontramos ante una fase de disfuncionalización de la familia, o al menos, de transformación de sus funciones básicas.

A propósito de la funcionalidad y tomando como base los postulados de Durkheim, Parsons planteó ya en los años 70 precisamente este hecho, una posible disfuncionalidad familiar a raíz del desarrollo de la sociedad industrial, basándose en un enfoque funcionalista; la mayoría de corrientes antropológicas se posicionaron en contra de esta negativa al familismo aunque mantienen que nos encontramos ante una realidad donde está aconteciendo una transformación de las funciones familiares y una multiplicación de éstas.

Parsons, a pesar de desvelar algunos de los males a los que se ve sometido el sistema familiar, tomando como ejemplo el norteamericano, acabó concluyendo que el modelo familiar resulta el más idóneo para el desarrollo de los sentimientos y de las relaciones personales (Parsons 1970).

Actualmente, nos encontramos con quienes parecen dibujar una realidad familiar en perpetua e incesante crisis, una estructura vincular y relacional frágil e inestable, y con

aquéllos que la consideran inalterable y fija, como si de un monolito se tratara. Muestra de esa familia problematizada en constante crisis son algunos fenómenos sociales de creciente relevancia, tales como la separación/divorcio, recomposición familiar, relaciones padre-hijo, pérdida de atribuciones y responsabilidades del grupo familiar frente a una sociedad que parece acrecentar y justificar la independencia del individuo como ser no social (Guerrero Muñoz 2008). Evidentemente, existen indicios para pensar que la institución familiar presenta una situación que compromete su funcionalidad en virtud de las permanentes transformaciones a las que está sometida.

Tanto el interaccionismo simbólico como los foucaultianos y los construccionistas siempre han desarrollado un interés especial por las instituciones médicas encargadas de controlar el cuerpo "*enfermo*" a través de diferentes técnicas de cura y control, pudiendo concebirse la familia como una institución que también se encarga de ello. No obstante, la tesis de la disfuncionalidad planteada pone en tela de juicio la cobertura real de éstas y otras funciones.

Así, cuando nos encontramos en el cierre del círculo de la vida, en una situación de contrapunto al nacimiento donde el anciano está igual de desvalido que el recién nacido (aunque con ciertas diferencias), o en situación de enfermedad, se da un papel relevante al apego familiar, que en cierto modo, estamos cuestionando con las corrientes de la disfuncionalidad familiar y la crisis de la familia.

Mientras que la naturaleza casi asegura que la madre proporcione los cuidados incondicionales al hijo, el anciano cuando se acerca a la muerte puede que no encuentre una persona totalmente disponible para él, añadiendo el grado de angustia que puede generar el hecho cercano de la muerte. El apego cobra muchísima importancia en este período de la vida y en todas las situaciones límite de sufrimiento y aflicción a lo largo del ciclo vital: sentir la protección, la seguridad de la presencia disponible y los cuidados incondicionales de una figura de apego es siempre, pero de forma especialmente clara en estas situaciones, la mayor necesidad emocional de todas las personas (López Sánchez 1998).

En cualquier caso, existe una trayectoria en la cual la familia siempre ha hecho gala, en un contexto cambiante, de una extraordinaria capacidad de adaptación, y aunque el desafecto sea creciente hacia múltiples instituciones, la familia mantiene cierta estima en las actitudes de la población (Iglesias de Ussel, J. 1998).

2.1.5 Personas dependientes: atención socio-sanitaria a la dependencia en España

“Ser independiente es cosa de una pequeña minoría, es el privilegio de los fuertes”

F. Nietzsche.

2.1.5.1 Dependencia: conceptualización y generalidades.

La progresiva profesionalización de las actividades sanitarias y la ampliación de las coberturas de la sanidad pública han trasladado al Estado una gran parte de responsabilidad en materia sanitaria. Sin embargo, existen grandes lagunas como los cuidados a enfermos crónicos, a minusválidos y discapacitados diversos, a enfermos psíquicos o a enfermos de carácter no grave, donde los servicios de salud públicos no se han desarrollado con amplitud. Los cuidados a enfermos en el hogar constituyen una red básica y extensa de bienestar social, que complementa el acceso universal a la sanidad pública y el más específico a la sanidad privada.

De la familia, el Estado y el mercado surgen múltiples combinaciones de recursos ante la enfermedad, siendo diferente la participación de cada uno de estos elementos en función de la región del país en la que nos encontremos (Pérez Díaz 1998).

La independencia y el control de uno mismo y del propio ambiente son valores básicos para la mayoría de las personas en la actualidad. El ser dependiente implica ser débil y vulnerable, no ser capaz de tomar decisiones importantes, a veces, simplemente decisiones; estar en lo que socialmente se podría calificar como una posición de inferioridad. No obstante, el concepto de independencia puede analizarse desde otra perspectiva, como la de Virginia Henderson. Según Henderson, la independencia es un término relativo; ninguno de nosotros es independiente de los demás, aunque luchamos por una interdependencia sana, no por una dependencia enferma (Marriner Tomey 1994).

No todas las culturas ponen tanto énfasis en la independencia, aunque este valor se encuentra, variando de intensidad, en la mayoría de las sociedades y culturas occidentales. Los igbos de África, por ejemplo, son bastante diferentes: la vejez igbo no es productiva en sus años avanzados, pero los viejos pueden demandar cuidados como reconocimiento público sin sentir por ello que se les esté haciendo un regalo, daño al ego, etc..La persona que no ofrezca tales cuidados es objeto de ridículo público, se le niega todo tipo de beneficio espiritual de los ancestros y también los beneficios materiales del sistema (Shelton, 1969 en Kalish 1996)

El concepto de dependencia se aplica a la vejez como una agrupación de diversos conceptos que operan por separado. Según Blenkner, se establecen cuatro tipos de

dependencia normal en el envejecimiento: dependencia económica, dependencia física, dependencia mental y paralela a la dependencia física, y por último, dependencia social. (Blenkner, 1969 en Kalish 1996)

En 1998, el Consejo de Europa hizo definió la Dependencia como *“el estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria”* (Consejo de Europa 1998). Dos años más tarde, el Defensor del Pueblo Español señaló el término de dependencia aludiendo a *“las personas que no pueden hacer por sí mismas las actividades de la vida cotidiana”* (Defensor del pueblo 2000). La Organización Mundial de la Salud (OMS) llevó a cabo en 2001 una clasificación internacional de deficiencias, actividades y participación, describiendo la dependencia como *“la restricción o ausencia de capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal; entre las actividades observadas se encuentran las actividades de la vida diaria, preparar la comida y cuidar de la vivienda, así como participar en la movilidad”* (World Health Organization 2008). Con la intención de ampliar aún más el concepto, el Consejo de Europa lanzó una nueva definición en 2003, tal que *“la dependencia es un estado en que las personas, debido a la falta o la pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan de algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades de la vida diaria”* (O'shea 2003:3).

Otros autores consideran que los problemas conceptuales de la dependencia surgen porque no se identifica de forma clara la relación entre dependencia y discapacidad; se puede tener una discapacidad y no depender de otra persona para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Así, la dependencia debería construirse como la suma de la limitación en la actividad y la necesidad de ayuda (Querejeta 2004).

Según Berjano, la dependencia refiere a *“las dificultades que pueden afectar a una persona para hacer frente de forma adecuada a las actividades de la vida diaria, de tal forma que den lugar a una situación que requiera de la ayuda de otras personas, para lograr o alcanzar una mínima calidad de vida”* (Berjano 2005:150).

En España, en el año 2000 el volumen de personas que superaban los 65 años de edad era de 6,6 millones (16,6% de la población total), habiéndose duplicado en los últimos 30 años y en progresión ascendente. De esta cifra, el 32% se encuentra en situación de dependencia. Finalmente, a esta cantidad es necesario añadir el % de población que no entra en esta franja de edad pero se encuentra en situación de dependencia, bien desde el nacimiento o desde edades jóvenes, con una larga perspectiva de vida (Terribas Salas 2007).

Aún así, hablamos en todo momento de un colectivo “*potencial*”, ya que los beneficiarios de las prestaciones y servicios nunca lo serán de forma automática ni representarán a la totalidad del colectivo ya que, para poder ser reconocidos como personas dependientes y tener derecho a la obtención de una ayuda, deben formular una solicitud para que se legitime institucionalmente su rol de personas dependientes. Hay personas que no solicitan ayuda, y por este motivo, resulta muy difícil averiguar el número real de personas en situación de dependencia.

Actualmente existen en la Región de Murcia 58.892 personas a las que se les ha valorado la autonomía personal y se ha identificado tanto grado como nivel de dependencia, suponiendo un 88% de las solicitudes (IMAS. 2011)

Aunque tanto las personas mayores como sus familias a menudo dan solución a sus necesidades de dependencia por ellos mismos, a veces, se pide ayuda a la sociedad en una o más de sus necesidades o manifestaciones de dependencia.

Las necesidades de salud despiertan mucho interés en la población española y están protegidas constitucionalmente; sin embargo, la delimitación de la situación de necesidad tiene un fuerte componente social y es dinámica, varía de unos grupos a otros y evoluciona constantemente, integrando componentes objetivos (estado de salud según la medición de los expertos) y subjetivos (autopercepción).

A diferencia de la necesidad, cuyo concepto remite directamente al sujeto que la padece, la demanda es un concepto relacional, porque requiere tanto el sujeto individual o colectivo que la padece como el sujeto al que va dirigida la solicitud de intervención. Así, las demandas sanitarias rara vez las plantea un sujeto individual ya aislado. La mayor parte se manifiesta desde pequeños grupos familiares, que a veces se articulan a través de asociaciones de enfermos o familiares (Durán 2004).

Los colectivos sociales que más dependen de sus familias son los niños, ancianos, personas con minusvalías incapacitantes y enfermos graves, pero las necesidades de cuidado, transporte, cobertura económica y gestión del consumo sanitario se extienden a toda la población y a todas las etapas de la relación con el sistema sanitario (hábitos de vida, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación..) (Muñoz Machado, García Delgado & González Seara 2000).

Los problemas que encontramos en el anciano con más frecuencia suelen ser en lo relativo a su estado de salud, tanto la limitación en sus capacidades (sensoriales, mentales, movilidad...), como procesos crónicos.

Ciertos procesos de enfermedad que tienden a perpetuarse en el tiempo se configuran de manera que la curación no se plantea como objetivo terapéutico. La situación de inmovilidad conlleva el llegar a plantearse la prevención de complicaciones como la única finalidad a perseguir en los cuidados de estas personas.

Se entiende por inmovilizado *“aquella persona que pasa la mayor parte del tiempo en la cama (que sólo abandona con ayuda de otras personas), con dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio salvo casos excepcionales). Independientemente de la causa y que el tiempo previsible de duración de esta dificultad sea superior a dos meses”*. Un paciente terminal es *“aquella persona que presenta una enfermedad avanzada, progresiva e inevitable y un pronóstico de vida inferior a 6 meses”* (INSALUD 1996: 53,54).

El enfermo crónico inmovilizado, objeto principal de los cuidados informales en el seno doméstico-familiar es un individuo cuyo perfil presenta:

- Incapacidad motora, para la realización de actividades
- Incapacidad Psíquica, para la normal comunicación
- Incapacidad Social, para su normal integración con la familia y a veces, por carecer de ella, con los vecinos. Esta desintegración se ve agravada por la falta de poder adquisitivo.

El déficit orgánico (amputaciones, atrofas,..) y funcional (parálisis por Accidente Cerebro-Vascular, enfermedades crónicas degenerativas..) y los hándicaps de no sentirse realizado ni como persona ni como profesional, no tener autoestima suficiente, es decir, no creer tener la suficiente fortaleza para adaptarse a la situación que les ha tocado vivir, configuran el perfil del paciente inmovilizado.

Tras la industrialización de la sociedad, el enfermo inmovilizado pasa a ser una unidad de autoconsumo cerrada e independiente, de ser una unidad de producción y consumo, valorada en términos económicos y de rentabilidad social.

Ese hecho, hace que el enfermo no sea rentable, sino que muy al contrario, es un elemento social que no solo no produce, sino que además, no deja producir a los que tiene a su alrededor, ya que precisa del cuidado de éstos. Esto se ve reflejado en su grado máximo en el enfermo inmovilizado, por lo que es imprescindible que la sociedad actúe fijando una política sanitaria, encaminada a intentar minimizar los múltiples problemas, que se presentan a estos enfermos y a las familias que los acogen.

La creciente aparición de síndromes, enfermedades y trastornos invalidantes configuran un grupo poblacional con una creciente dependencia, extendiéndose la

necesidad de recibir algún tipo de ayuda, sobre todo por parte de las personas mayores, en la realización de las tareas elementales de la vida diaria, aspectos básicos para el desarrollo de una vida independiente.

Según los resultados que ofrece la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud del INE (1999), se calcula que más de dos millones de ciudadanos de 65 años y más se encuentran afectados por algún tipo de discapacidad.

La posibilidad de aparición de una situación de dependencia se incrementa de manera constante en relación a la edad de las personas hasta el punto de que a partir de los 85 años, la posibilidad de padecer un proceso de discapacidad afecta a más de 600 de cada mil personas en esta cohorte de edad. En el caso de las mujeres, esta proporción sobrepasa las 650 personas (IMSERSO 2005).

En términos muy generales, las personas que presentan algún tipo de dependencia, además de pluripatologías de carácter crónico con serios efectos invalidantes, suelen presentar alguno de las siguientes afecciones (Adroher Biosca 2000)

1. Problemas de visión y/o audición, afectando a la capacidad de poder subir y bajar escaleras, asearse por sí mismos, no poder salir a la calle, no poder realizar tareas domésticas o vestirse sin ayuda.

2. Incontinencia, aspecto que repercute no sólo en la persona que lo padece sino también en sus cuidadores.

3. Demencias seniles, en sus diversos tipos y orígenes varios, afectan a porcentajes crecientes de la población mayor y se manifiestan a edades cada vez más tempranas, endureciendo el trabajo de los cuidadores y alargando la duración del mismo.

4. Pérdida de la movilidad, aspecto muy relevante en las personas mayores, asociado no sólo a problemas relacionados con el aparato locomotor sino también con las pérdidas de agudeza visual, a la coordinación, agilidad, obesidad, etc..

2.1.6 Medidas de apoyo a la Dependencia en España

La demanda de cuidados de larga duración en el anciano no sólo depende del número de personas mayores sino también de otros dos factores: por un lado, su estado de salud, y en particular la presencia de enfermedades crónicas y de discapacidades. La información que se tiene a este respecto revela que las personas mayores no sólo viven más sino que también están menos enfermas que antes. Por otro lado, también depende de la disponibilidad de cuidados informales o cuidados aplicados en el entorno familiar y

doméstico, de carácter no profesional. Están aconteciendo muchos cambios sociales que hacen más difícil la prestación de cuidados informales. Sin embargo, estos cambios ya están sucediendo y las administraciones públicas no advierten que la disponibilidad de cuidados informales haya disminuido.

Las políticas en España han estado basadas en economistas neoclásicos que parten del principio de que las diferencias en roles, derechos, recursos y responsabilidades de hombres y mujeres no son debidas a la discriminación o a los estereotipos de los roles de género sino a razones naturales y a la libre elección. En este sentido, la mujer, a pesar de su creciente incorporación al mercado laboral, en muchos casos, ajusta su participación en el trabajo remunerado con el fin de superar la contradicción entre la lógica del cuidado y la lógica del beneficio ya que la organización social no permite realmente a la mujer asumir ambos trabajos en condiciones análogas a los hombres (Martínez Riera 2003).

En el ámbito de los cuidados de larga duración, España, como el resto de los países mediterráneos, constituye aún un paradigma del modelo de bienestar "*familista*", según el cual las políticas públicas dan por supuesto que las familias deben asumir la provisión de bienestar a sus miembros, sin que los mecanismos protectores apenas les dediquen prestaciones. Estos sistemas de protección social aún continúan marcados por connotaciones ideológicas que se sustentan en modelos familiares basados en la división sexual del trabajo y que no resultan coherentes con los cambios sociales que están aconteciendo, los cuales implican una deconstrucción del sistema de género y la consiguiente simetría de roles que lleva décadas fraguándose en España (Rodríguez-Rodríguez 2005).

En 2004, Delicado Useros realizó un estudio donde se constata una carencia de recursos para la atención a las personas dependientes que repercute en las condiciones del cuidado familiar y en las posibilidades del trabajo que enfermería puede desarrollar. Para acceder a esos recursos y para paliar esa escasez, las enfermeras de los entornos domiciliarios intervienen de diversas formas y en relación a distintas instituciones y organizaciones, intentando gestionar los pocos recursos disponibles en cada caso y expresar a su vez, una queja porque dicha falta limita la labor de apoyo a los cuidadores (Delicado Useros et al.2004).

Tanto en el presente como en el futuro no resultará fácil que los sistemas de protección social de las sociedades modernas continúen manteniendo su confianza en la familia, en su solidaridad intergeneracional y en su estructura tradicional de género.

En España, donde algunas proyecciones auguran que en el año 2025 la demanda de cuidados de la población mayor de 64 años aumentará un 44% respecto a la registrada en

2001, lo que significa un desafío tanto a nivel presupuestario y organizativo, especialmente si tenemos en cuenta que España se comprometió con las propuestas europeas de incorporación de mujeres al mercado de trabajo (Rodríguez-Rodríguez 2005).

Para las personas mayores, el mantenimiento de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria es importante para continuar residiendo de forma independiente en sus hogares y en su comunidad. La incapacidad no es inherente a la persona ni acompaña inexorablemente a la vejez. Se produce cuando existe un vacío entre la capacidad personal para desarrollar determinadas actividades y la demanda de la sociedad en la que se vive. Así, el proceso de dependencia para las actividades de la vida diaria se va construyendo a lo largo del transcurso de la vida.

Las actividades de mantenimiento del ambiente, también llamadas actividades instrumentales, tienen un claro componente de género que, según C. Tomás, podría estar influyendo en la dependencia para esas actividades y creando una demanda de atención que podría ser evitada.

“Dichas actividades de mantenimiento del ambiente son tareas que se realizan tanto dentro como fuera del hogar, y que tradicionalmente, algunas de ellas eran casi exclusivas de la mujer y otras solían ser realizadas por hombres, de manera que podría hablarse de dependencia asociada al género” (Tomás et al. 2003:330).

Para dar respuesta a las demandas sociales sobre la realidad de muchas personas dependientes en España, se aprobó la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en Diciembre de 2006 (Véase ANEXO I). Esta Ley constituye un reto en política social en el entorno de los países desarrollados, según la cual se intenta atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieran apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

La Ley no olvida que hasta ahora han sido las familias, y en especial las mujeres, las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes, constituyendo el apoyo informal. Teniendo en cuenta los cambios en el modelo de familia y la incorporación de la mujer al mercado laboral, se hace imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que lo necesitan.

La necesidad de garantizar a los ciudadanos y a las propias Comunidades Autónomas, un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia y su progresiva importancia lleva ahora al Estado a intervenir en este ámbito con la

regulación contenida en esta Ley, que la configura como una nueva modalidad de protección social, con la creación de un Sistema Nacional de Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas.

A efectos de la presente Ley, se entiende por:

1. **Autonomía:** la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias.

2. **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 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.

3. **Actividades básicas de la Vida Diaria (ABVD):** 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.

4. **Cuidados familiares:** 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.

5. **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.

6. **Tercer sector:** organizaciones de carácter privado surgidas de la iniciativa ciudadana, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales

Las prestaciones de dependencia tienen naturaleza tanto de bienes (económicos) como de servicios, ambos encaminados a la promoción de la autonomía personal y la atención de necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria.

En el catálogo de servicios se especifican como tales la prevención de situaciones de dependencia, teleasistencia, ayuda a domicilio (atención a necesidades del hogar y

cuidados personales), centro de día y de noche (centro de día para mayores, centro de día para menores de 65 años, centro de día de atención especializada, centro de noche) y servicio de atención residencial (residencia de personas mayores dependientes, centro de atención a dependientes con discapacidad psíquica, centro de atención a dependientes con discapacidad física).

La prioridad y cuantía de las prestaciones vendrán determinadas por el grado y nivel de dependencia y, a igual grado y nivel, por la capacidad económica del solicitante.

Los pilares del modelo español de protección social a la dependencia, según Rodríguez Cabrero, se basan en (Rodríguez Cabrero 2007):

- Pilar protector, teniendo en cuenta el nivel de protección mínimo establecido, el tipo de copago que se establezca y la combinación entre servicios y prestaciones monetarias.
- Pilar competencial.
- Pilar de legitimación.
- Pilar de financiación.

En la Ley se recoge, dentro del Artículo 14, que *“el beneficiario podrá excepcionalmente recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales”* (Jefatura del Estado Español. BOE 2006). Véase ANEXO I.

En cuanto a las prestaciones económicas, en virtud del artículo 18, se destaca que *“excepcionalmente”*, cuando el beneficiario pueda ser atendido por su entorno familiar, y se reúnan las condiciones establecidas en el artículo 14.4 se reconocerá una prestación económica para cuidados familiares. En cierto sentido se sigue contando con los recursos provenientes de los cuidados informales para planificar la cobertura de cuidados formales. Lo que es posible que no se haya tenido en cuenta es la evolución futura de la dependencia al alza, así como la decreciente progresión en la disponibilidad de cuidadores familiares, que afectará a la estructura social de los cuidados informales en la atención a dicha población.

Además, el cuidador deberá ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que se determinen reglamentariamente.

En cuanto a los servicios de promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado, nos centraremos en el servicio de ayuda a domicilio. Tal y como se ha mencionado anteriormente, está constituido por un conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus

necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas *acreditadas* para esta función:

- a) Servicios relacionados con la atención de necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros.
- b) Servicios relacionados con el cuidado personal, en la realización de las actividades de la vida diaria.

En cuanto a la valoración y grados establecidos de dependencia, cabe destacar que la Ley establece lo siguiente:

- a) **Grado I.** Dependencia moderada; cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.
- b) **Grado II.** Dependencia Severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.
- c) **Grado III.** Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

A su vez, cada grado se clasifica en dos niveles según la intensidad del cuidado que requiera la persona. Los mecanismos y órganos de valoración se establecen según lo dispuesto en cada Comunidad Autónoma, teniendo en cuenta la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF).

El grado o nivel de dependencia será revisable por mejoría, empeoramiento o error de diagnóstico, sin estar previamente preestablecido.

En cuanto a la financiación, según el artículo 33, los beneficiarios de las prestaciones de dependencia *participarán en la financiación de las mismas*, según el tipo, coste del servicio y capacidad económica en cada caso.

En cuanto a la formación, no se especifica la cualificación profesional idónea para el ejercicio de las funciones que corresponden al catálogo de servicios regulado en el artículo 15. Queda proyectado que se promueva la formación como garantía de calidad, implicando a las Administraciones Públicas competentes en materia educativa, sanitaria, laboral y asuntos sociales, así como de éstas con las universidades, sociedades científicas y organizaciones profesionales y sindicales (Jefatura del Estado Español. BOE 2006). Véase ANEXO I.

2.2 CUIDADOS INFORMALES, SISTEMAS DE AUTOATENCIÓN Y GRUPO DOMÉSTICO.

2.2.1 Cuidado profesional y cuidado informal: maridaje desde un mismo origen de la actividad de cuidar ligada al género.

*“Todo viene de más lejos
y todo va más lejos que nosotros”*

M.Yourcenar.

2.2.1.1 Generalidades sobre el origen del cuidado.

Es un hecho conocido que los cuidados de la salud son actividades que se realizan para cubrir las necesidades de salud de la vida cotidiana de las personas sanas o enfermas.

Para Domínguez Alcón, *“Son una práctica normal y unos conocimientos ligados a las formas de vida, considerándose éstos inseparables a la noción de supervivencia de los seres humanos”* (Domínguez Alcón, 1986 en Mínguez Arias 2000:102).

Es cierto que los cuidados existen desde el comienzo de la vida, ya que es necesario ocuparse de ella para subsistir. Los hombres, como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados porque cuidar es un acto de vida cuyo objetivo se centra sobre todas las cosas en permitir que la vida continúe y se desarrolle, luchando contra la muerte del individuo y del grupo (Collière 1982).

Leininger considera que el cuidado es un constructo que se ha manifestado durante millones de años como fundamental en el crecimiento, desarrollo y supervivencia de los seres humanos, estando a su vez, estrechamente ligado a la cultura.

“Desde los orígenes de la humanidad, el cuidado ha estado relacionado con la protección de la vida, siendo un factor esencial que ha asistido al hombre principalmente durante su evolución cultural” (Leininger 1997:38).

Existen evidencias relativas al comportamiento del cuidado anterior al *Homo Sapiens* (Silk 2005); incluso se ha intentado demostrar la existencia en primates de comportamientos asociados a la compasión frente a situaciones de necesidad física o emocional; dichos hallazgos son controvertidos aún y rescatan de nuevo la eterna contradicción entre naturaleza y cultura, una aparente dicotomía que, tal y como hemos

visto, se ha aplicado a muchos aspectos de la vida. A este respecto, Ortner considera que la mujer es una mediadora entre la naturaleza y la cultura, lo cual desemboca en ambigüedades de tipo simbólico. Así, según esta autora, el que la mujer esté más cerca de la naturaleza que el hombre es sólo una cuestión cultural, que deberá encaminarse en la misma dirección del cambio social (Ortner 1979).

La práctica del cuidado ha estado muy unida a la condición femenina por la naturaleza reproductiva de la mujer. Teniendo en cuenta que en la mayoría de las sociedades las mujeres han pasado buena parte de su vida de adultas reproduciéndose y cuidando de la prole, esto lleva a una diferenciación de los terrenos de la actividad que se concreta en doméstica y pública. No obstante, en sociedades como la nuestra, la esfera doméstica y pública están bien diferenciadas.

La organización de la tareas originó una división sexual que marcó de forma determinante el lugar del hombre y la mujer en la vida social (Ortner 1979).

Así, la división del trabajo ha ayudado a darle forma y circunscribir los límites del cuidado doméstico, actuando tal diferenciación en función del género de una forma mucho más restrictiva y determinante en las actividades domésticas que en las agrícolas y ganaderas, afectando a la relegación del cuidado al entorno doméstico y asignando las tareas de cuidado familiar a la mujer exclusivamente, sobre todo después de la maternidad (Finerman 1989).

Por su parte, Lévi-Strauss reparó en la división por sexos de las actividades de curación llevadas a cabo entre los indios Cuna, comprendiendo las connotaciones simbólicas y estructurales, así como las consecuencias políticas y económicas de lo que ya denominó asimetría de género (Lévi-Strauss 1967).

Menéndez también considera que inclusive hasta ahora la división del trabajo que opera al interior del grupo doméstico respecto de las actividades de autoatención, se impone estructuralmente a los miembros del microgrupo (Menéndez 1992)(Menéndez 2002).

Ha sido una especie de mandato de género asignado a las mujeres socialmente, el cual ha supuesto que históricamente sean éstas las que se han ocupado de los familiares en el hogar, especialmente de aquellos que padecen algún tipo de dificultad para desenvolverse en su cotidianidad.

Pese a su creciente incorporación al trabajo retribuido, la mayoría de mujeres siguen asumiendo la responsabilidad de las tareas domésticas, entre las que se encuentran el cuidado de los niños, la atención a la salud de los miembros de la familia, identificar

enfermedades, decidir sobre la necesidad de consultar o no a profesionales, acompañamiento en el proceso de atención a la salud, administrar la terapia prescrita o administrar otros cuidados (Pizurki, H. 1988 y Pons, O. 1990 en García Calvente 1999).

Rosaldo, tras sus investigaciones en diversas sociedades tradicionales hispanas, considera que el cuidado puede entenderse como una extensión del rol de la lactancia y manutención de los niños pequeños, dada su asociación primaria con el entorno doméstico. *“La mujer es absorbida por las actividades domésticas desde que se inicia en su rol como madre; sus actividades políticas y económicas son cambiadas por la responsabilidad del cuidado de un niño y desde ese momento, el centro de sus emociones y atenciones es particular y directamente enfocado hacia los niños y el hogar”* (Rosaldo 1985:37).

Así, Rosaldo consideraba que dondequiera que encontró una mujer excluida en cierto modo de la escena política o de las actividades económicas cruciales para una sociedad, podía confirmarse una asimetría de género, con tendencia a ser de carácter universal en la vida social.

El cuidado incluye elementos de reciprocidad, obligación y responsabilidad, siendo a menudo desvalorizado y poco reconocido.

Invisible, casi siempre, por la dificultad de especificar la diversidad de tareas y la complejidad emocional y material que incluye, enmarca una realidad social específica, que se concreta a través de la capacidad cuidadora de mujeres, madres e hijas, y está relacionada también con el parentesco, la vecindad o la amistad (Domínguez Alcón 1999).

Otra visión es la de Siles González al respecto: *“antropológicamente, desde sus orígenes más remotos, las mujeres organizan para cubrir la necesidad de alimentación, lactancia y crianza, que determina el desarrollo cultural de los seres humanos”*. También defiende el hecho de que cuidar es una actitud humana antes que una técnica y que quien la adopta no pretende incidir agresivamente en la realidad mediante lo técnico, sino dejarla ser (Siles González, Solano Ruiz 2007:24).

De hecho, Kleinman aduce que existe una cierta congruencia fundamental entre las formas tradicionales y modernas del cuidado médico, ya que dicho cuidado médico moderno, en sí mismo, puede ser visto como algo híbrido, constituido por un componente científico moderno emergente de la revolución científica y relacionado con la dimensión biológica de la enfermedad (*disease*) y con un componente arcaico de curación, orientado hacia la experiencia humana de la enfermedad (*illness*) y hacia las formas tradicionales de la medicina (Kleinman, A. 1975).

Los diferentes sistemas médicos han ido cristalizando a raíz de una misma necesidad de búsqueda de procesos de salud y de evitación de la muerte, de una misma experiencia de enfermedad y de los cuidados ligados al propio mantenimiento de la vida en los entornos domésticos, mucho antes de la profesionalización del cuidado y la curación.

Según Leininger, impulsora de las corrientes de la teoría de los cuidados culturales, existen diversos niveles de cuidados: cuidado genérico, profesional y profesional enfermero. El cuidado genérico es *“aquel acto de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de la condición humana.”* Los cuidados profesionales *“son acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidas cognitivamente o culturalmente, que permiten ayudar o ayudan a un individuo, familia o comunidades a mantener o a desarrollar condiciones saludables de vida”*. Sin embargo los llamados cuidados profesionales enfermeros son *“aquellos modos humanísticos y científicos aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar al individuo, familia o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades culturalmente determinadas técnicas y procesos de cuidados orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte “* (Leininger 1978:54).

Cuando se proporcionan cuidados profesionales, el cuidador ejecuta acciones intencionales basadas en un conjunto de saberes usados para atender a las personas que reciben asistencia en forma de cuidados.

A este respecto, el cuidado profesional enfermero se diferencia del resto de cuidados profesionales en el mantenimiento y desarrollo de la salud y el bienestar de las personas con acciones intencionadas y fundamentadas con un cuerpo de saberes que se supone pueden ser enseñados y aprendidos, añadiendo cierta destreza distintiva y complejidad en esas acciones de soporte y ayuda que son propias de los seres humanos.

“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 1982:7).

2.2.1.2 Autoatención y autocuidado

La dimensión no profesionalizada de los cuidados en salud ha sido un elemento estructural en toda sociedad. Toda iniciativa o práctica de atención de la salud fuera del ámbito de la institución biomédica en las sociedades con sistemas sanitarios convencionales, se ha caracterizado tanto por la exclusión como por la subestimación. Con estas prácticas relativas a la salud nos referimos al cuidado de nosotros mismos, hábitos cotidianos, ritmos de trabajo, descanso y sueño, relaciones sociales y conductas protectoras de salud, prevención de afecciones y autoatención.

La descripción minuciosa de diferentes procesos cotidianos refuerza la importancia dada a lo local, al poner en evidencia que la mayoría de los padecimientos y de las “violencias” se generan, transmiten y ejercen no sólo dentro de los ámbitos locales, sino a partir de las relaciones sociales establecidas con otros sujetos a nivel cotidiano, doméstico y microgrupal. (Menéndez y Di Pardo, 1998 en Menéndez 2002)

Además, la puesta en marcha de dichas prácticas implica la activación de redes familiares, sociales y grupos de autoayuda que pueden desarrollar mecanismos de atención sanitaria y protección social al margen de los servicios sanitarios institucionalizados. Cabe señalar que actualmente no se consideran modelos autoexcluyentes debido a la complejidad que implica la salud en las sociedades contemporáneas, de forma que se admiten sistemas de atención en que confluyen varias opciones (atención alternativa, autocuidado-autoatención, atención sanitaria profesional y autoayuda).

Uno de los aspectos más importantes que vamos a analizar en relación a las prácticas de salud dentro del entorno doméstico es el proceso de autoatención, el cual es entendido también por Menéndez como *“un conjunto de actividades llevadas a cabo por los miembros de un microgrupo en particular de tipo doméstico y se desarrollan dentro de su red social para asegurar la reproducción biosocial del microgrupo [...] Cabe destacar la visión que socialmente tiene la autoatención: se encuentra totalmente estigmatizada debido a rasgos desacreditadores por parte del modelo biomédico”* (Menéndez 1986).

Para Menéndez, *“la autoatención implica un amplio espectro de actividades cuya unidad de acción no es el individuo sino el microgrupo dentro del cual se llevan a cabo la mayoría de dichas actividades. Las actividades de autoatención referidas al proceso salud/enfermedad/atención refieren a todos los pasos dados para hallar solución provisoria o definitiva a los padecimientos y problemas que afectan al estado de salud de los componentes*

del microgrupo y que son ejercidas sin la inclusión de un curador profesional externo al grupo"
(Menéndez 1992:91).

La mujer constituye estructuralmente el principal recurso para la salud generado a nivel del grupo doméstico, y dicho recurso utiliza como principal estrategia de acción contra la enfermedad la denominada autoatención, la cual constituye a su vez un proceso estructural y conforma el real primer nivel de atención. Los servicios sanitarios y sociosanitarios proporcionan una continuidad de las estrategias de autoatención, dado que la mayoría de los episodios de enfermedad y padecimiento son atendidos por el propio grupo doméstico y su red de relaciones (Menéndez 1992).

Junto con la autoatención, el papel de la mujer, el uso de la "medicina tradicional" y el saber popular, la participación social sigue siendo reconocida en la actualidad como parte sustantiva de las acciones dirigidas a solucionar o por lo menos limitar, los principales problemas que afectan la salud de muchos grupos sociales (Menéndez 1998).

En muchas ocasiones, los términos "autoatención" y "autocuidado" tienden a confundirse por el hecho de estar íntimamente relacionados, pero no son sinónimos entre sí, en tanto que presentan algunos rasgos diferenciadores que aluden específicamente a las prácticas en el proceso de búsqueda de salud. Definimos a continuación el autocuidado para poder relacionar ambos conceptos.

Para Dorotea Orem, impulsora de la Teoría del Déficit de Autocuidado, el autocuidado es una acción adquirida, es decir, aprendida por una persona en un contexto sociocultural. La persona inicia una acción de manera voluntaria, deliberadamente, con el objetivo de mantener su vida, su salud y su bienestar o el de las personas bajo su responsabilidad. Esta acción emana de una exigencia, ya sea sentida por la persona u observada por otra, siendo necesario su compromiso. La aptitud de la persona para comprometerse en el autocuidado depende de sus capacidades activas, su edad, su etapa de desarrollo, su estado de salud, su experiencia, sus recursos intelectuales, sus intereses y sus motivaciones. La imposibilidad de ejercer el autocuidado está unida a la incapacidad de decidir, emprender o efectuar una acción personal. En consecuencia, la incapacidad de la persona para satisfacer su necesidad de autocuidado puede engendrar un estado de dependencia social (Orem 1991).

Según Fajardo y Germán, "los cuidados son actividades que se llevan a cabo para cubrir las necesidades de la vida cotidiana de las personas, y cuando éstas las realiza la propia persona, se denominan autocuidados" (Fajardo Trasobares, Germán Bes 2004:4).

Esta visión sobre el autocuidado, aunque alude al cuidado no profesional, se circunscribe al ámbito de la atención profesional de la salud, donde no se aprecia el matiz

que distingue Haro a continuación, haciendo únicamente referencia a la naturaleza de proyección propia de las prácticas de salud.

Para Haro Encinas, *“el concepto de autocuidado, bien pudiera considerarse casi un sinónimo del término de autoatención, ya que ambos expresan prácticas endógenas de salud que son ejercidas de manera informal generalmente en el mismo domicilio; sin embargo, la existencia de estos dos términos bien puede servirnos para diferenciar el ámbito difuso en que se concretan estas prácticas, que incluyen acciones centradas tanto en el individuo como en el grupo doméstico, pero que no son aisladas ni autónomas puesto que están inscritas en un marco sociocultural. [...] Autocuidado denota las prácticas centradas en aspectos preventivos o de promoción de la salud, que son generalmente cotidianos, y que suelen estar centradas en los individuos o el grupo doméstico; mientras que lo que consideramos casi su sinónimo, la autoatención de salud, parece ser un término más propio para referirse a las prácticas relativas a los episodios de enfermedad o cualquier tipo de sufrimiento, que tienden a activar respuestas colectivas y servirá para ubicar las relaciones en que se inscriban estas prácticas, que abarcan tanto el grupo doméstico como las redes sociales”*. Este autor también alude al término *“cuidado lego”* como aquel que incluye todas las actividades relacionadas con la salud y su asistencia que no son efectuadas por profesionales y que por tanto, difieren tanto de la atención médica como de las formas alternativas. El *“cuidado lego”* comprende por tanto un nivel de autocuidado, es mediado por factores socioculturales, ocurre a nivel doméstico y activa las redes sociales informales como recurso (Haro Encinas 2000:113).

El autocuidado no sólo abarca las dimensiones de la propia autoatención sino que a su vez también comprende la denominada *“agencia de asistencia a dependientes”*, según la cual, el agente de autocuidado se ocupa de la asistencia a niños o adultos dependientes (Marriner Tomey 1994).

Las categorías de la dependencia ya fueron tenidas en cuenta por Orem a la hora de establecer los principales conceptos de su teoría aludiendo al origen de la actividad de cuidar, enfocada hacia el *“otro”*, y añadiendo también la orientación al *“sí mismo”*, sustentando a su vez dicha teoría con planteamientos basados principalmente en un sistema de apoyo educativo y, secundariamente, en los aspectos curativos. Por este motivo, es el modelo conceptual idóneo para el entorno de las personas que viven en la comunidad, fuera de la institución sanitaria.

Los cuidados son acciones que cada persona, llegado el momento de su desarrollo, se proporciona a sí misma en forma de autocuidados o que ofrece a sus allegados en forma de cuidado dependiente, entendiendo como tal *“la práctica de actividades que personas responsables maduras y en proceso de maduración inician*

y ejecutan en beneficio de personas socialmente dependientes durante cierto tiempo o, de manera continuada, para mantener su vida y contribuir a su salud y bienestar” (Marriner Tomey 1994:186).

En este sentido, podríamos entender la autoatención como un primer nivel de asistencia a los problemas y padecimientos de salud que abarca, desde su ámbito preventivo, al autocuidado, y desde un ámbito más terapéutico cuando se rompe el bienestar de la persona y del grupo, la autoatención en sí.

La autoatención entendida así, supone un proceso de síntesis continuo que opera en el interior del microgrupo, donde se potencia la inclusión de nuevas técnicas, productos y creencias que se integran al saber existente, y que componen un proceso en transformación constante, ya que el saber de los conjuntos sociales no es algo prefijado culturalmente.

Para Menéndez, la autoatención abarca al autocuidado y los grupos de autoayuda, conformándose como una especie de instrumento que opera dentro de las relaciones de hegemonía (Modelo Médico Hegemónico) / subalternidad (autoatención), aún existiendo eficacia demostrada sobre la capacidad que el proceso de autoatención tiene para intervenir respecto de los padecimientos dominantes y también sobre la prevención y control de las enfermedades crónicas.

Dentro de la vida cotidiana y diaria, cobran una importancia fundamental los autocuidados que llevan a cabo las personas a partir de que alcanzan un determinado nivel de desarrollo y que, sin embargo, durante los primeros años de vida, en la vejez y cuando se padece alguna discapacidad o enfermedad, especialmente si ésta es crónica, se necesita ayuda para la realización de los propios cuidados.

Para entender mejor la relación entre autoatención y autocuidado, podemos observar a continuación el esquema que propone Haro Encinas.

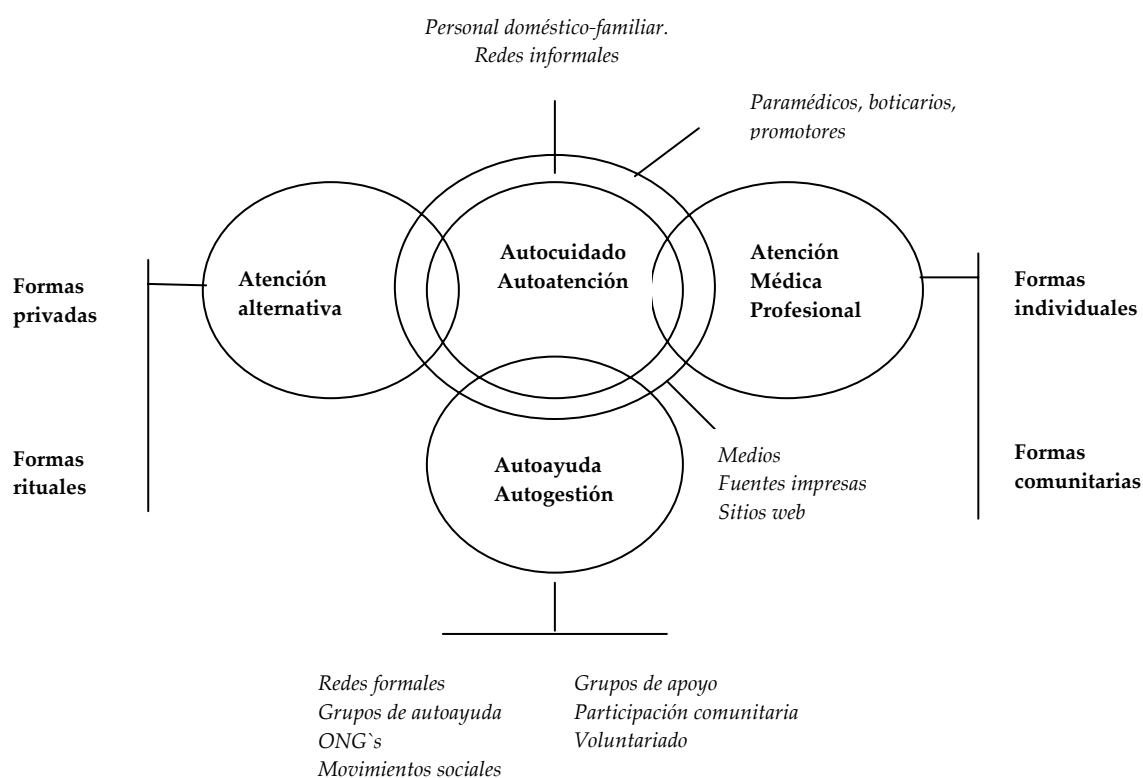


Fig.2.8 El sistema de atención a la salud en las sociedades actuales. Fuente: Tomado de (Haro Encinas 2000).

Parece bastante contradictorio el hecho de que la familia y, especialmente la mujer, por un lado sean considerados como un recurso en la atención a las personas dependientes, y que por otro se mantenga una continua crítica hacia el autocuidado, suscitada por la eterna confrontación hegemonía/subalternidad.

Menéndez considera que *“la actividad clínica del Modelo Médico Hegemónico se caracteriza por una continua crítica al autocuidado, por una suerte de tensión entre la presencia inevitable de prácticas de autoatención y la necesidad de medicalizar el proceso salud/enfermedad/atención, lo cual en los hechos supone un rechazo o por lo menos estigmatización”* (Menéndez 1992:73)

No obstante, Menéndez va más allá del planteamiento del fenómeno de la autoatención, llegando a presentarlo como un sistema autónomo, que se extralimita al microgrupo y que constituye una alternativa en la atención a la salud, existiendo implicaciones de orden sanitario, político, social, cultural, económico, etc. Dichos matices de la autoatención son realmente significativos si contextualizamos este discurso en

América Latina, haciendo especial hincapié en los grupos de ayuda mutua y en la participación social en salud, aspectos que consideramos secundarios en esta investigación; por tanto, no ahondaremos en esta línea que propone Menéndez para enmarcar nuestro fenómeno de estudio.

2.2.1.3 Cuidado informal

Para analizar la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia, definiremos también el cuidado informal, que responde a la *“prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos y otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen [...] El cuidado informal se caracteriza porque generalmente es gratuito, se realiza en el ámbito privado y nuestra sociedad lo asume como una extensión de las tareas domésticas”* (García Calvente 2004:133). Son los miembros de la familia los que con mayor frecuencia prestan este tipo de cuidado.

El cuidado informal se esconde en el mundo de lo doméstico, lo que le hace compartir algunos rasgos importantes como parte del trabajo del hogar, resaltando casi siempre la característica de la ausencia de remuneración. Hasta ahora, las tareas de cuidado realizadas en el ámbito doméstico no eran intercambiables en el mercado por bienes y servicios, tal y como afirmaba Durán, de manera que siempre han constituido un trabajo no monetarizado (Durán 1993). El cuidado que proporciona la mujer ha sido definido como informal; éste ocurre en el entorno doméstico, privado de cualquier marco jurídico ni político, que promueve modelos de realidad que no se abandonan, tampoco son secretos ni opuestos a los modelos culturales dominantes articulados normalmente por el hombre en la escena pública (Shepherd McClain 1989).

No obstante, con la incorporación de la mujer al mercado laboral, se está empezando a monetarizar dicha actividad, y a estimar costes y beneficios asociados al cuidado informal, de manera que se acaba incurriendo inconscientemente en acentuar desigualdades en los cuidados de salud.

Esta situación empieza a transformarse en la actualidad, dejando de suponer un obstáculo en relación a la valoración del sistema informal, e incluso, para su propia visualización como sistema de atención a la salud. A su vez, las circunstancias actuales del cuidado en los entornos domésticos generan cierta problemática a la hora de establecer las categorías *“formal”* e *“informal”*. El cuidado informal se corresponde normalmente con cuidado familiar, no familiar y no retribuido. El cuidado formal es el profesionalizado y dispensado institucionalmente. Así, con tal delimitación conceptual, resulta difícil etiquetar el cuidado que se da a personas dependientes en su hogar por parte de un

cuidador no familiar, retribuido, pero no regulado institucionalmente. Este aspecto acentúa aún más la situación de liminaridad en que se encuentran.

Existen desigualdades en los cuidados de salud en tanto que existen costes y beneficios asociados; dependiendo de las circunstancias de quienes proveen y quienes son los receptores de cuidados, también se determina quién queda sin asistencia (La Parra, D. 2002). De alguna manera, podemos decir que existen variables injustas que inciden en la provisión y en la recepción de cuidados de salud.

El carácter de cotidianeidad que rodea a lo informal y doméstico, convierte a los cuidados informales en algo relativamente normal en tanto que las actividades forman parte de la dinámica diaria familiar.

“El espacio doméstico confiere otra importante característica a la prestación de atención informal: es el ámbito de lo privado, construido sobre la base de las relaciones afectivas y de parentesco entre los miembros de una red social primaria [...] El cuidado informal a la salud se desarrolla “de puertas adentro”, y este hecho lo torna más invisible aún a los ojos del cuerpo social y, en especial, para los profesionales de los servicios sociales que ejercen sus funciones en el espacio de lo público” (Durán 1988:153).

Durán incluye todas las acciones de cuidados que se llevan a cabo en el hogar por familiares y no familiares, ya sean retribuidos o no, en lo que denomina como sistema doméstico (Durán 1999).

La investigación en ciencias sociales suele olvidar las tareas domésticas y los cuidados informales, marcando aún más su carácter de invisibilidad y su ausencia en los modelos explicativos de la realidad (La Parra 2002). Pertenecen a ese grupo de actos sociales que, por ser tan cotidianos, corrientes y asumidos, no suelen despertar gran interés en la comunidad científica ni tienen gran impacto en los medios de comunicación.

Esa invisibilidad del entorno doméstico ha hecho que todo el apoyo informal de cuidados se diluya bajo la rúbrica del “*cuidado comunitario*”, aspecto que según Shiller, responde a un largo proceso de hegemonía-subalternidad donde sigue sin reconocerse el soporte del cuidado informal, manteniéndose, así, las estructuras dominantes (Schiller 1993).

El cuidado puede concebirse como un trabajo, una actividad que consiste en la ejecución de una serie de tareas y que acarrea elevados costes. Sin embargo, esta manera de entender el cuidado está siendo muy cuestionada. Si se toma como base que el cuidado es un trabajo, éste comporta implicaciones tanto físicas como emocionales. El cuidar implica la realización de actividades y tareas, pero también relaciones, sentimientos y

emociones, llegando a establecerse una relación de interdependencia más que de recepción pasiva de cuidados por parte de la persona dependiente. Por estas y otras muchas características del cuidado informal, tanto el reconocimiento social como su visibilidad se ven altamente afectadas.

Existen otras muchas otras definiciones de este concepto, y especialmente resaltaremos la de Rodríguez, que define el apoyo informal como *“el cuidado y la atención que se dispensa de manera altruista a quienes presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares o allegados, pero también por otros agentes y redes distintos de los servicios formalizados de atención”* (Rodríguez-Rodríguez 2005:10).

La novedad que incluye este concepto es la consideración de cuidadores informales a toda aquella persona que siendo o no familiar, se encarga de asumir los cuidados de la persona dependiente fuera del ámbito formal de cuidados. Así, consideramos cuidadores informales, además de los familiares, también a la gran cantidad de mujeres inmigrantes que trabajan cuidando ancianos dependientes a nivel domiciliario. Ambos constituyen nuestro objeto de estudio dentro del entorno doméstico y relacional con el anciano; basándonos en esa definición tratamos de defender la posición del cuidador inmigrante como cuidador informal aunque sea remunerado, perfil que queda suspendido en una situación liminar en la clasificación que establece la Ley de Dependencia de España en tanto que no se define ningún perfil que se ajuste a la realidad de estas mujeres cuidadoras.

Otros autores se refieren a la idea expresada por Orem como cuidado dependiente, o por Collière como ser cuidado con el término de cuidados informales, como los cuidados de apoyo que recibe la persona por parte de cercanos cuando ella no dispone de las capacidades, habilidades o deseos para hacerlo por sí misma (Martínez Riera 2003).

Un elevado número de estudios aborda la autoatención, el cuidado informal y los cuidados de la Medicina Popular conjuntamente y coinciden en identificar a la mujer, (especialmente aquellas que son madres), como el principal proveedor de cuidados (Finerman 1989). En este sentido, Spector también señala que la información acerca de los cuidados tradicionales de salud puede ser mejor entendida a través de entrevistas con madres y abuelas (Spector 2002).

Las corrientes de estudio sobre los cuidados informales han estado influenciadas por ciertas características ideológicas de corte feminista, de forma que, según Williams y Camps, en los años 70 se comenzó a reivindicar el cuidado como trabajo oprimido, en los 80 se evolucionó hacia el significado del cuidado para la identidad de la mujer y en los 90,

el concepto del cuidado informal apunta a dos direcciones distintas: *el paradigma de la diferencia* (según relaciones de poder) y *el paradigma universalista* (supone un intento de resolver las tensiones entre la ética del cuidado y la ética de la justicia, situando al cuidado como un concepto político y moral) (Williams 2001)(Camps 1998).

Existen diversos marcos conceptuales y modelos teóricos que nos permiten encuadrar los cuidados informales, disponiendo así de un referente teórico específico de gran interés para el análisis de la etnografía resultante de este estudio. Seguiremos una línea argumental que irá desde los aspectos más generales a la teorización más específica y particular de los cuidados informales.

La Antropología de la Medicina conforma por su parte algunas de las bases del marco conceptual para los cuidados informales. Desde los años 70, tanto la Antropología de la Medicina como la Antropología del Género han emergido como nuevas especialidades de la disciplina madre. Cada una de ellas ha contemplado el papel de la mujer desde una perspectiva diferente y también con objetivos distintos (Shepherd McClain 1989).

Entre otras, la Antropología de la Medicina ha tomado diversas explicaciones de las corrientes del funcionalismo en Antropología Social para demostrar que las creencias y prácticas de los diferentes sistemas médicos cubren necesidades individuales, sociales y culturales, contribuyendo a la cohesión social.

Precisamente el aumento de la cohesión social es uno de los beneficios que argumenta Víctor Turner de algunas prácticas de atención a la salud, así como la consecución de una reintegración de los enfermos dentro de los grupos sociales de pertenencia (Turner 1995)(Turner 1988).

Kleinman destacó la existencia de un sector "*popular*" en los sistemas médicos plurales que contrasta con los sectores folk y profesional, el cual ha ido adquiriendo gran valor en la literatura de la Antropología de la Medicina (Kleinman 1980) Tanto en Taiwán como en EE.UU, Kleinman comprobó que aproximadamente entre un 70-90% de todos los episodios de enfermedad han sido gestionados dentro del sector "*popular*", alcanzando el 100% de los casos cuando se trataba de la atención a una persona mayor. Así, Kleinman señala la autoatención como el recurso inicial más usado en la atención a la salud y en los procesos de búsqueda de salud (Kleinman 1980).

A su vez, Charles y De Maio configuraron en 1993 un modelo de participación informal, el cual era representado como un cubo tridimensional cuyas variables son: contextos-dominios, funciones y niveles de participación. Este modelo destaca la contribución que tanto los individuos como los responsables de las políticas de salud

pueden alcanzar en los distintos niveles de participación (consulta, asociación y control informal), así como en sus áreas de aplicación: tratamiento, organización de los servicios y niveles mayores (Charles, De Maio 1993).

Por su parte, Portillo elaboró un marco conceptual para el proceso de participación informal en el cuidado después de un ictus, identificando diversas fases cuyos elementos comunes eran las relaciones familiares, el apoyo de los profesionales de la salud y el legado de autoridad (Portillo Vega, Wilson-Barnett & Saracibar Razquin 2002a). Según este estudio, además de dichos factores, existen otros que conforman un esquema procedimental, de intervención y de contexto que constituyen el eje que estructura generalmente el cuidado informal, siendo: información sobre el proceso, apoyo emocional, formación en el cuidado, posibilidad de cuidados remunerados a domicilio, toma de decisiones, economía familiar, servicios sociales, distribución del cuidado, infraestructura domiciliaria, necesidad de apoyo emocional y físico, mayor capacidad progresiva de toma de decisiones, cansancio acumulado, implicación de otros cuidadores secundarios en el proceso, capacidad de autoevaluación por parte de los cuidadores informales.

Berjano considera que el apoyo y atención recibido a través de los cuidadores informales, las propias expectativas de la persona dependiente así como también el grado de discapacidad y/o dependencia de la persona son los factores que determinan la calidad de vida en las personas mayores (Berjano 2005). Así, el cuidado informal es entendido como un factor determinante en la percepción de la vida por parte de la persona anciana.

Por otro lado, según los estudios de Finerman, los cuidados que se ofrecen a la persona enferma por parte de los profesionales sanitarios se dan en lugares públicos e impersonales, delegando la responsabilidad del tratamiento al resto de miembros del equipo, a la familia del enfermo o a los propios pacientes. Sin embargo, la mujer cuidadora personalmente prepara y administra sus remedios, provee un cuidado personal, en un entorno privado, brindando un soporte emocional al conjunto de la familia (Finerman, R. 1989).

Incluso Rosaldo analizó las asimetrías que acabamos de señalar, indicando que existe *“una contraposición universal y estructural entre la actividad pública y la doméstica”*, cuyas consecuencias se proyectan a nivel de estatus social de la mujer (Rosaldo, R. 1985:35).

Algunos autores como Cantor, distinguen un nivel de estructuras intermedias, situadas entre lo formal y lo informal, al que denominan nivel *“quasi-formal”*, donde están

contempladas estas formas de organización de la sociedad civil para prestar atención a sus miembros (Cantor 1991).

En dicha área intermedia se interrelaciona el sistema formal de cuidados con el sistema informal. Ambos sistemas no funcionan de manera independiente, sino que existen múltiples áreas de confluencia. Es precisamente en esta interrelación donde radica el principal interés del estudio de muchos investigadores sobre la atención de salud prestada por las redes informales desde la óptica de los profesionales que trabajan en los servicios sociales o sanitarios.

Existen distintos modelos teóricos sobre el tipo de relación que se establece entre el sistema formal e informal de cuidados, tales como el Modelo de complementariedad o de especificidad de tareas, que plantea que cuidadores informales y proveedores formales de servicios proporcionan diferentes tipos de cuidados, en función de sus distintas características (Chappel, Blanford 1991). Existe otro referente teórico, denominado Modelo de sustitución o jerárquico compensatorio, donde cada grupo presta asistencia cuando otra fuente, anterior en la escala de preferencia, no está disponible (Penning 1990).

En el caso de las personas mayores, la familia es la proveedora de cuidados preferentemente, seguida de amigos, vecinos y por último de organizaciones formales; el sistema formal es utilizado como último recurso y su uso no sólo está determinado por necesidades de salud, sino por la disponibilidad de apoyo informal. En este sentido cabe analizar el papel del apoyo social en relación a los cuidados informales, los cuales son parte integrante del mismo.

El apoyo social se entiende como “la interacción entre personas mediante la cual se recibe y se brinda apoyo emocional, informativo, funcional, material y espiritual, y se suele dividir en tres grandes grupos: primario, secundario y terciario” (García Calvente, Mateo Rodríguez & Gutiérrez Cuadra 1999:23).

El apoyo que supone la colaboración familiar y demás personas situadas en el círculo más cercano al individuo constituye el nivel primario; al secundario pertenecen los amigos, compañeros de trabajo, vecinos..y por último, en el nivel terciario se sitúan las organizaciones e instituciones sociales. Así, el apoyo social procede tanto de fuentes no profesionales o informales, como de servicios profesionalizados, que en las sociedades del bienestar refieren a los servicios sanitarios, sociales y otros.

Dentro del sistema informal de cuidados tienen importancia, además de la familia y los allegados como redes primarias, las redes con las que cuentan las personas. Según Requena, la red social es el “conjunto de interacciones formales e informales creadas para satisfacer las necesidades afectivas y sociales de las personas que

pertenecen a ella". Cuanto mayor sea la red de relaciones de una persona y su cohesión con las redes sociales, más oportunidades tiene de apoyo social, tanto en situaciones de salud como de enfermedad. El elemento básico de la red de apoyo es el *"apoyo social, entendido como el conjunto de estímulos y ayuda que las personas encuentran para satisfacer sus necesidades"* (Requena Santos 1989:143).

La red social de la que dispone una persona influye positivamente en su salud. Por una parte, proporciona comportamientos saludables y ofrece ayuda concreta cuando sus integrantes la necesitan y, por otra parte, el sentimiento de pertenencia a los grupos afianza la autoestima, la percepción de bienestar y la capacidad de respuesta a las adversidades. Desde esta realidad, el sistema informal de cuidados y las redes sociales deben ser reconocidos como un recurso importante por su contribución a la mejora de la salud de las personas y de los grupos a través del apoyo mutuo (Francisco del Rey, Mazarrasa Alvear 2006).

Dentro de esa red social deben cobrar especial relevancia los recursos comunitarios, los cuales han sido especialmente desarrollados en entornos donde se sigue un paradigma de descentralización real de servicios sociosanitarios, aspecto que debe ser potenciado en España siguiendo el ejemplo de otros países europeos.

2.2.1.4 Relación entre el sistema formal e informal de cuidados en la atención a la dependencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la Atención Primaria de Salud durante la Conferencia de Alma Ata en 1978 como *"la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto con la comunidad, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria"* (Martín Zurro 2003:5).

En el ámbito de la Atención Primaria de Salud, se desarrolla la Enfermería Comunitaria como parte de una estrategia de salud basada en la aplicación de los cuidados en el núcleo familiar principalmente y la comunidad donde viven, contribuyendo de forma específica a que personas, familias y comunidades adquieran

habilidades, hábitos y conductas que promuevan la práctica del autocuidado. Es decir, existe una intención manifiesta de proyectar sobre las poblaciones una serie de prácticas, que sea posible autorrealizarlas, pero que proceden de una institución, de un modelo biomédico que intenta rescatar una corriente prevencionista, pero que puede contraponerse o no ser entendido por las prácticas que las personas han aprendido en su entorno sociocultural.

A partir de la década de los 70 y en especial desde la Conferencia de Alma Ata, la participación social referida al proceso s/e/a ha sido reconocida como una de las actividades básicas de las políticas de Atención Primaria de Salud (Menéndez 1998).

Al leer el concepto de Atención Primaria de Salud, se entiende que esta nueva perspectiva de acercamiento y atención a la salud de las poblaciones se centraba en dar un papel especialmente importante al autocuidado de los individuos y familias, apostando por los enfoques preventivos como punto esencial y básico en el sistema sanitario de más de 140 países de muy diversas características y circunstancias, cuya adhesión a esta estrategia se inició desde aquel momento. Los sistemas biomédicos adoptan la ideología preventiva dando el papel protagonista a los usuarios; sin embargo, el acontecer de los hechos ha demostrado con el tiempo grandes incongruencias entre las ideologías y las prácticas a este respecto. Nos referimos, concretamente, al enfoque curativo que hoy día, 30 años después sigue siendo absolutamente dominante en la praxis del modelo biomédico. Quizá este problema nos sobrepasa en este momento y nos desvía de la cuestión que nos ocupa, relativa al autocuidado; no obstante, la citamos aquí porque de diversos modos se ha ensalzando la faceta primordial de la autoatención y el autocuidado desde la perspectiva de la Atención Primaria de Salud.

Los fenómenos que Uribe Oyarbide ha estudiado sobre la construcción social de la salud en Atención Primaria y centros de salud, nos sirven en gran medida para analizar la introducción de cambios y permanencias del concepto de salud en la nueva sociedad, así como para abordar las situaciones en relación con la misma, es decir, en las acciones en materia de salud dirigidas a la comunidad. Aborda de forma crítica el aspecto de la prevención desde el ámbito de la Atención Primaria, señalando por un lado la intención manifiesta que tiene a nivel de programación sanitaria, y por otro, los significados diversos de control social y de acción personal que entraña (Uribe Oyarbide 1992). Es evidente que entre el modelo teórico propuesto por Alma Ata para la estrategia de Atención Primaria de Salud y lo que realmente se está llevando a cabo, existe una gran diferencia. Mientras que las representaciones son prevencionistas, las prácticas siguen siendo más curativas que preventivas, centradas en la enfermedad más que en la salud,

estableciendo a su vez, como afirma Uribe, mecanismos de control social. Así, podemos identificar cierta falacia prevencionista en el discurso hegemónico.

Tras una etapa de medicalización progresiva, se está produciendo una "*inversión del flujo*" de la atención a la salud desde los servicios sanitarios hacia los propios individuos y sus familias (Jones, D.A. 1984 en García Calvente 1999).

Este cambio puede deberse tanto a la mayor necesidad percibida por la población de participación en el cuidado de su propia salud, como a la necesidad de establecer los límites a las prestaciones sanitarias; parece ser que éste último es un factor que ejerce una gran influencia, que irá aumentando en un entorno marcado por la crisis como el que tenemos en la actualidad.

Los planteamientos de Devillard sobre la construcción de la salud y de la enfermedad nos servirán para apoyar el análisis del diálogo entre las instituciones sanitarias y la sociedad, así como entre discurso médico y profano (Devillard 1991). De esta manera, podemos entender la importancia de la voz del individuo y la sociedad en la construcción y significación de la salud, la enfermedad, la dependencia y la ancianidad, reconociendo las dimensiones socioculturales en la construcción de las mismas, y destacando el control de la biomedicina en la vida cotidiana y su capacidad de potenciar la situación de marginación a pesar de contar con el cuidado informal como base de la atención sociosanitaria.

Finerman concluyó de sus estudios que en algunas sociedades tradicionales llega a considerarse el hogar como una especie de refugio, un lugar donde ir cuando se está enfermo y donde se puede mantener a toda la familia alejada de la enfermedad, de los riesgos para la salud del mundo exterior (Finerman 1989); Según éste, cobraría gran relevancia y apoya la preferencia de las personas mayores por permanecer en su domicilio los últimos años de su vida y recibir los cuidados necesarios hasta la muerte en contraposición a ingresar en una institución sanitaria, máximo exponente del Modelo Médico Hegemónico.

La atención domiciliaria de enfermería está más arraigada en países en los que existe la figura de la enfermera visitadora, cuyas tareas de intervención sanitaria con familias tienen una amplia tradición y probada eficacia. La OMS, a través de su estrategia Salud 21, propone reforzar el papel de la enfermería en el seno de las familias (World Health Organization 2008).

En el ámbito anglosajón se han investigado las intervenciones de enfermería como apoyo formal con las personas que cuidan, y sobre la base de las relaciones establecidas

entre ellas, se han descrito cuatro modelos según los roles y la simetría de relación entre las díadas enfermera-cuidador.

Los modelos son: enfermera-ayudante, trabajador-trabajador, directivo-trabajador y enfermera-paciente. En los tres primeros modelos se ve a la persona cuidadora como un recurso para el cuidado del paciente en el que la enfermera centra su atención y desarrolla con la cuidadora unas relaciones más directivas o de compañerismo según se espera de ellas una ayuda, una cooperación o una persona que debe cumplir pautas prescritas. El modelo más común en el entorno americano es aquel en que la enfermera cumple un rol directivo y el cuidador desarrolla unas tareas marcadas o preestablecidas. Este modelo es poco satisfactorio para los cuidadores ya que supone que las visitas domiciliarias sean menos frecuentes y, por tanto, una menor implicación por parte de la enfermera. Sólo en el último tipo de modelo, la enfermera ve al cuidador familiar como una persona necesitada de sus cuidados y su atención (Ward-Griffin, Marshall 2003).

Pueden surgir conflictos entre enfermeras y cuidadores informales a la hora de desempeñar un papel primario o secundario en el cuidado del paciente, y también en el momento de establecer prioridades en los cuidados, ya que en ocasiones éstas pueden ser divergentes (Portillo Vega, Wilson-Barnett & Saracibar Razquin 2002b).

La enfermera tiene ante sí un reto importante respecto a la atención de personas dependientes y sus cuidadores, siendo necesario cierto cambio tanto en la concepción de la forma de trabajo como en la formación previa de ambas partes implicadas, resultando imprescindible la movilización de recursos comunitarios y el compartir el saber profesional. El papel de la enfermera como principal elemento de apoyo desde el sector formal de cuidados a nivel domiciliario, la convierte en un modo de conocer la realidad social de las familias, el alcance real de la dependencia y la configuración del cuidado informal en los entornos domésticos, siendo necesaria la potenciación de esta figura en la concepción política y social de la atención a la dependencia.

Según Delicado, la enfermera debe incorporar otras funciones en su intervención con las familias, tales como la valoración de la situación inicial tanto de la persona cuidadora principal como de la familia y de su red de apoyos y recursos, así como la realización de un seguimiento de la cuidadora y de la dinámica de la familia para poder detectar sobrecarga en los cuidadores principales, o conflictos interpersonales que puedan interferir en el bienestar familiar y del paciente. Otra actividad que resulta muy necesaria según los estudios de Delicado, son el apoyo psicológico a la persona que cuida, facilitando la comunicación con ella, con actitud de escucha, dedicación de tiempo, motivación, reconocimiento y atención a las quejas y necesidades familiares (Delicado Useros 2004).

Facilitar el acceso a recursos para apoyar la labor de los cuidadores familiares es otra de las actividades que señala el estudio anterior, la cual reviste una especial contradicción intrínseca en tanto que los recursos extrafamiliares que hay disponibles son insuficientes a todos los niveles, sea sanitario o social. En este sentido, cabe reflexionar dónde está la raíz del problema, el cual parece ser de carácter político, legislativo y económico, en un orden o dimensión superior a lo social y sanitario, que es donde a nivel operativo se aprecian las consecuencias en la vida diaria de las familias con personas dependientes.

Desde la perspectiva enfermera, cuando los cuidados de salud se asumen en el sistema informal, bien porque sean los propios afectados quienes eligen resolverlo en su medio o bien porque el sistema formal no disponga de los recursos para solucionarlo, las enfermeras tienen la responsabilidad de establecer las relaciones necesarias entre el sistema formal y el informal para que la ayuda que reciben las personas sea de calidad y el hecho de ofrecerla no suponga un problema para quien la lleva a cabo (del Rey Calero 2006).

Para Menéndez, la familia y el grupo doméstico son también considerados como un recurso frente al proceso s/e/a en tanto que constituyen el lugar preferente donde acontecen la mayor parte de los padecimientos y enfermedades, donde se inicia la carrera del enfermo y donde se provee la mayor parte de la atención y cuidado. Así, la familia es entendida como una unidad tanto descriptiva como de explicación y acción en relación al proceso s/e/a (Menéndez 1992).

En este sentido, la familia constituye una microestructura de gran importancia en la configuración de representaciones y prácticas de los individuos respecto al citado proceso; su relación con la macroestructura social irá generando cambios a todos los niveles y permitiendo la adaptación a las nuevas situaciones.

Aunque no es del todo acertado hablar de sistema informal de cuidados por no ser una red bien diferenciada y estructurada que responda a una organización como sistema, sí que se pueden incluir en este constructo las actividades de cuidados que se llevan a cabo fuera del sistema formal y generalmente en el ámbito familiar, bien sea de manera directa o por terceras personas. La realidad es que cada vez se da más importancia a "*cuidar de la familia*" y se trata de destacar lo que de positivo tiene para las personas implicadas aunque, como se verá más adelante, no siempre sucede así. También existe cierta hipocresía por parte del sistema sanitario y de servicios sociales a la hora de valorar el sistema informal ya que, por un lado, parece ignorar su existencia, mientras que, por otro, se estructura cada vez más en función de éste (del Rey Calero 2006).

En Europa, más de dos tercios del cuidado recae en la familia; en Estados Unidos las bases de datos proporcionan evidencia inequívoca de que la familia y los amigos son las únicas personas que proporcionan cuidados en aproximadamente en las tres cuartas partes de los hogares. La poca cobertura de los sistemas sanitarios y sociales en los países en vías de desarrollo como Colombia, hace pensar que en estos países la proporción puede ser mayor. A esto se debe sumar la cuestión cultural, por la que las personas entienden que cuidar a un familiar en la casa es algo que debe hacer la familia y no el Estado. Por otro lado, se ha señalado que para la gran mayoría de las familias europeas el cuidado residencial no es una opción, y que una cantidad cada vez mayor de ellas dependerán de sus propios mecanismos de apoyo, dándose la misma situación en América Latina (De la Cuesta Benjumea 2004).

El predominio de ayuda familiar que ha existido se explica por un contexto social que ha desarrollado de forma muy limitada opciones institucionales distintas a la familia.

Esto parece ser especialmente visible en el caso español, ya que sus redes de apoyo formal son inferiores a las de la mayor parte de países europeos, como por ejemplo, Dinamarca, donde el desarrollo de los servicios de asistencia a domicilio, de las residencias o de fórmulas intermedias (centros de día), hacen que el papel de los hogares se vea muy reducido y se pueda hablar de mayor importancia del Estado frente al sector informal (La Parra 2002).

En este sentido, la reciente Ley de Dependencia ha propiciado un nuevo enfoque en nuestro país, aumentando la responsabilidad del Estado en la atención a las personas dependientes, pero se sigue contando con el apoyo informal en el domicilio como un recurso a priori que caracteriza la atención a las personas mayores en España desde hace mucho tiempo. A pesar de las propuestas y medidas que ofrece dicha regulación legislativa, sigue descargándose responsabilidad sobre los hogares.

Dicho aspecto fue demostrado por Wood y Lewin como contraproducente sobre las posibilidades de desarrollo de la mujer en el entorno de los Estados Unidos, correspondiéndose la situación de las cuidadoras con una mayor pobreza en la mujer (Wood, J.B. 1991 en (Castells, Ortiz 1992).

No obstante, en los hogares no se cubren solamente aquellas dimensiones o servicios que el sistema formal no asiste, sino que los cuidados domésticos tienen un valor intrínseco por sí mismos. El cuidado informal y el cuidado institucional/formal, aportan diferentes beneficios en el proceso salud/enfermedad/atención sin que ninguno de los dos tipos de apoyo sea sustituible por el otro.

Todo el cuidado que se basa en relaciones afectivas y de parentesco, pertenece al ámbito de lo privado; son una especie 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.

2.2.1.5 *La figura del cuidador informal*

El cuidador informal suele ser una sola persona que asume la mayor parte de la responsabilidad en el cuidado y se le suele denominar cuidador principal, siendo ésta, normal pero no exclusivamente, un miembro de la familia.

El término "*cuidador*" fue originariamente asociado esencialmente a los servicios profesionales, pero poco a poco se ha ido introduciendo dentro del lenguaje de la vida diaria, reflejando una realidad evidente. Presenta características que lo convierten en un recurso o soporte, incluyendo aspectos relativos a las relaciones sociofamiliares. En este sentido, es muy difícil distinguir entre el patrón normal de relaciones del cuidador y las relaciones familiares y de género. Además, unido a esto se encuentra la presencia del afecto. Las relaciones del cuidador no se definen en términos de emociones, pero son frecuentemente asociadas y dinamizadas por ellas, incluyendo un cierto sentido de la responsabilidad para con la persona dependiente, aspecto al que se da especial importancia y subyace a todas las definiciones de cuidador (Twigg, Atkin & Perring 1990).

En la actualidad, ha aparecido recientemente el fenómeno del cuidador secundario; la cuidadora recibe apoyo para el cuidado, bien de otros miembros de la familia, bien de alguien externo que se contrata para realizar tareas de cuidador informal en el ámbito doméstico, y que principalmente viene respondiendo al perfil de mujer, joven o mediana edad, inmigrante, sobre todo latinoamericanas cuyas oportunidades laborales se limitan en la mayoría de los casos al trabajo en el entorno doméstico. Es lo que denominaremos cuidador secundario; incluso cuando éste pasa la mayor parte del tiempo con el paciente, teóricamente, la responsabilidad última la sigue asumiendo y manteniendo el cuidador familiar.

La familia, interviene de una u otra forma en casi todos los procesos ligados a la prestación de servicios sanitarios, desde el acompañamiento del paciente en sus visitas médicas hasta su atención cuando está en el hospital o en casa. Esta responsabilidad que ha venido asumiendo la familia hacia sus miembros enfermos está relacionada con una construcción social de la salud como asunto familiar, y en esta línea, muchos españoles consideran que la responsabilidad de la familia en el cuidado a los enfermos está por encima de la responsabilidad del Estado (Pérez Díaz 1998). No obstante, en la línea de la teoría de la disfuncionalidad familiar, este hecho resulta altamente curioso en tanto que

dicha responsabilidad no parece implicar que la atención a la persona dependiente deba darse por parte de quien la defiende, sino que la responsabilidad consiste simplemente en encontrar a otra persona que se encargue de todo. Por tanto, encontramos muchos resultados procedentes de estudios que reflejan una distorsión entre la visión emic y etic, siendo la realidad objetivable distinta a la representada en sus discursos.

Diversos autores han elaborado varios modelos de cuidadores basados en diferentes conceptos; de esta forma, Rodríguez realiza una clasificación de los cuidadores informales en función de criterios analíticos aplicados de forma retrospectiva, dependiendo de que la convivencia del anciano con la familia estuviese determinada por la necesidad de cuidados o preexistiera de manera previa a la situación de dependencia (Rodríguez 1994). Así, se establecen dos tipos de cuidadores:

a) El cuidador tradicional, el cual se convierte en cuidador de forma progresiva, a medida que el anciano envejece y aumenta su necesidad de cuidados. En este caso, el cuidador ha vivido siempre o durante muchos años con el anciano; así, esta forma gradual de convertirse en cuidador se enmarca en un entramado emocional normativizado por pautas tradicionales. Afectividad y obligación moral se funden a través de la convivencia.

b) El cuidador moderno-urbano: es más común en la sociedad moderna y occidental y en la familia nuclear. En este caso, se asume el papel de cuidador en el momento en que el anciano comienza a tener problemas de dependencia y de incapacidad en actividades de la vida diaria. Al inicio de la enfermedad del anciano, los familiares deciden crear una nueva relación cuidador-cuidado, que no existía hasta ese momento. Los problemas de salud determinan la toma de decisiones y la aparición de sentimientos de obligación familiar. La adopción de nuevos roles sociales y el cambio que se origina en las relaciones familiares originan conflictos y tensiones al mezclarse la faceta social, laboral y de cuidadora. Las mujeres que se ajustan a este modelo, suelen tener vida laboral propia y los conflictos o tensiones son frecuentes, a diferencia de los cuidadores tradicionales, los cuales no experimentan dicha contradicción de roles.

Según Twigg, existen tres principales formas de categorizar a los cuidadores: en términos de sus propias características (cuidadores masculinos, cuidadores de personas mayores), en términos de características de la dependencia (cuidadores de personas mayores, cuidadores de pacientes con problemas mentales..), y en términos de su relación (esposas cuidadoras, hijas cuidadoras..). La mayoría de los estudios recientes sobre cuidadores han restringido dichas categorías, de forma que en relación a la valoración por parte de los servicios de apoyo sociosanitarios y comunitarios, la clasificación más utilizada es según las características de la dependencia (Twigg 1990).

No obstante, una clasificación más amplia, que atienda a otros factores podría servir de base para ajustar los programas de apoyo al cuidador y conocer más fácilmente los factores de estrés en función del perfil identificado. En un futuro próximo, los cuidadores no deberían ser tratados por igual en tanto que constituyen un grupo de gran heterogeneidad, y, sin embargo, se les trata como un grupo totalmente homogéneo, de forma que se ocultan aún más sus necesidades.

Según Cantor, existe un modelo jerárquico compensatorio que se da entre los cuidadores; dicho ordenamiento señala la importancia del parentesco sobre las relaciones que no lo tienen, y de las relaciones informales sobre los servicios formales (Cantor 1991).

Tanto convivencia como parentesco son variables que influyen en la tipología de cuidador, y como consecuencia de éstas tanto el género como la edad también actúan a modo de determinante.

Cabe mencionar que muchos sistemas de salud de otros países europeos o incluso en EEUU, Canadá, etc.. no cuentan con un cuidador familiar para poder hacer frente a los problemas sociosanitarios que se encuentran en el ámbito domiciliario. La familia en España se entiende como un recurso imprescindible para hacer frente a esta problemática, cuando en otros contextos, la misma problemática de elevada ancianidad, empezó a acontecer hace bastante tiempo y se habilitaron otros dispositivos para afrontar esa realidad, que no eran vinculantes, o tan limitantes, para las familias, de manera que las respuestas a la realidad sociosanitaria no incluyen a la misma, ni la consideran como su núcleo principal a nivel estratégico.

En definitiva, las personas mayores de nuestra sociedad siguen esperando que la familia proporcione, principalmente, un medio afectivo favorable, mientras que el resto de expectativas ocupan segundos y sucesivos planos. Cabe reflexionar en este momento acerca de los incesantes cambios sociales que acontecen en la actualidad y que constituyen factores que influyen en la transformación de la institución familiar. La dinámica familiar no se explica simplemente con la socialización del modelo cultural dominante sino que existen muchos otros factores, tal como hemos explicado anteriormente, que contribuyen a esta nueva forma de enfrentarse al fenómeno de la ancianidad.

“Nacer, vivir y morir en el seno de la familia es la mejor resistencia contra el proceso de despersonalización que se desarrolla en nuestra sociedad” (Salinas Ramos, F en Adroher Biosca, S. 2000:115).

2.2.2 Relación de ayuda en el cuidado informal

Podemos hablar de relación de ayuda cuando se establece una comunicación eficaz entre la persona dependiente y el cuidador de manera que se desprenden efectos beneficiosos sobre el bienestar, el equilibrio personal y la mejora en el proceso salud/enfermedad/atención, por tanto, podemos identificarla a todos los niveles del cuidado, tanto formal como informal.

Según L. Cibanal, la relación de ayuda *“es aquella que tiene como objetivo ayudar a personas enfermas o con problemas a constatar y ver que hay diferentes maneras de ver una misma realidad, diferentes caminos para llegar a un mismo lugar; [...] Es también la creación de relaciones humanas que potencien actitudes facilitadoras para la interacción, permitiendo crear condiciones favorables para el desarrollo de la persona, de la familia o del grupo...y va a favorecer nuestro crecimiento personal”* (Cibanal 2006:88). En este sentido, la relación terapéutica, al igual que el cuidado, no se circunscribe solamente al ámbito profesional de la salud sino que se centra en la persona objeto de cuidado, sea éste formal, informal o una agencia de autocuidado a dependientes. Por tanto, la relación de ayuda consiste en la vertiente de hablar y escuchar en el proceso de la comunicación, el cual se observa en la dinámica de los cuidados informales en su máxima expresión al desarrollarse en el entorno doméstico y de intimidad familiar.

La relación de ayuda, según H. Peplau (impulsora de la corriente teórica de la Enfermería Psicodinámica), se establece desde el punto de vista de los cuidados profesionales de Enfermería, constando de una serie de fases a tener en cuenta (Marriner Tomey 1994):

1. Encuentro personal
2. Exposición y clarificación de problema
3. Confrontación y reestructuración del problema
4. Inicio del plan de acción
5. Fin de la relación-separación
6. Evaluación

2.2.3 Aspectos éticos del cuidado en la dependencia

En los años 90, según García Calvente, el cuidado adopta el paradigma universalista, que supone un intento de resolver las tensiones entre la ética del cuidado y

la ética de la justicia, y sitúa el cuidado como un elemento importante para la ciudadanía y para la práctica democrática (García Calvente, Mateo Rodríguez & Maroto-Navarro 2004).

“El cuidado es un concepto político, así como moral, a partir del cual hacemos juicios sobre la esfera de lo público” (Williams 2001:470).

Según Camps, *“el reclamo de la ética del cuidado es una forma más de insistir en la tesis de que lo personal es político. No sólo lo privado no debe escapar a la exigencias de la igualdad, sino que los valores privados son también, deben ser también virtudes públicas” (Camps 1998: 35).*

Cuidar, tiene una dimensión ética y política en tanto que trasciende a un contexto social y físico más amplio que el estrictamente personal o interpersonal.

El modelo latino de cuidados a personas mayores y dependientes se analiza con mucho interés desde otros países del norte de Europa, que lo valoran como un ejemplo a imitar por la solidaridad que se produce en ellos hacia las personas más frágiles de la sociedad, es decir, la percepción que se tiene del cuidado enfocado especialmente a las personas dependientes desde el dominio público.

Mientras que la ética del cuidado tiene una larga trayectoria en tanto que el cuidado está intrínsecamente vinculado al origen de la vida, la ética de la dependencia está empezando a desarrollarse en la actualidad debido a la reciente acuñación del término, acompañada de su regulación legislativa.

La dependencia, como hemos comentado anteriormente, es una situación de la condición humana, que afecta principalmente a la persona, aunque en el fondo nos concierne a todos ya que caracteriza la realidad social de nuestros días. En este aspecto de ser una situación que nos concierne a todos, en tener una repercusión social es donde reside la dimensión ética.

“La dependencia se opone a la autonomía; la autonomía es la base de la dignidad y ésta se expresa en respeto ético” (Vidal 2007:75).

Con estas palabras de Vidal queremos intentar justificar la pertinencia de reflexionar de una manera general sobre la persona dependiente como una categoría del ser ético, con dignidad y que, por tanto, merece respeto ético. No pretendemos aquí hacer una disertación filosófica en profundidad, ni ahondar en temas específicos, ya que nos desviaríamos de la temática de la investigación; sólo pretendemos dar unas pinceladas que nos permitan completar la mirada hacia las personas dependientes y sus cuidadores,

no tratándose de otra perspectiva más, sino de un elemento transversal que completa todos los posibles enfoques.

Aspectos como la autonomía, la dignidad y la justicia vienen ligados de manera inherente al ser humano, y por ende, a la persona dependiente.

La autonomía debe ser respetada en el sujeto en situación de dependencia haciendo alusión al consentimiento informado. La inevitable pregunta que surge al plantear este tema es ¿en qué medida? ¿hasta qué punto?

Para poder plantearnos estas cuestiones, cabe recordar los principios que deben orientar la toma de decisiones en bioética respecto a la autonomía siendo: principio de No-maleficencia, principio de beneficencia, principio de autonomía y principio de justicia (Vidal 2007).

Resaltando el principio de justicia, que alude a la actuación sin ningún tipo de discriminación, tratando a todos con igual consideración y respeto, y distribuyendo equitativamente los recursos disponibles, nos damos cuenta de la influencia que ejerce en este principio toda la tradición religiosa judeocristiana, la filosofía griega y el derecho romano.

La solidaridad toma un papel de gran relevancia en relación a la justicia. “Si queremos que la justicia pueda alcanzar, con toda su funcionalidad ética, a las personas en situación de dependencia, es preciso introducir en su comprensión una innovación importante que debe ser pensada desde la asimetría que supone tal situación. Ello llevará a plenificar la justicia mediante la solidaridad” (Vidal 2007:112).

Según este planteamiento, la solidaridad es una virtud y un principio necesario para asumir las “asimetrías” de las relaciones humanas y transformarla en un bien común. La enfermedad, discapacidad, ancianidad...son situaciones humanas que desequilibran dicha simetría, de manera que la solidaridad va ligada a la justicia. La justicia tiende al igualitarismo, de manera que debe ser especialmente sensible en las situaciones de desigualdad.

La solidaridad puede ser un principio que al mencionarlo en relación a la justicia social en las políticas de protección al anciano dependiente y de bienestar social, resulte mal interpretado y criticado por muchos ya que no podemos fundamentar la atención a la dependencia en la “compasión”. Sin embargo, lo que queremos reflejar aquí es otra dimensión de la solidaridad, entendida como una necesidad básica de empatía y preocupación por el bienestar del otro, como base de una forma de vida compartida en busca de la superación de asimetrías.

Para Cortina, la solidaridad incluso podría tener un respaldo institucional y traducirse en obligaciones jurídicas (Cortina 1994).

Por otro lado, la dignidad constituye una categoría moral que expresa una dimensión ética de la persona, pudiendo estar presente incluso cuando no hay reconocimiento explícito de ésta, tomando especial importancia en las situaciones de marginación, opresión, vulnerabilidad y dependencia.

También el respeto ético se hace más patente en la situación de la ancianidad y, especialmente cuando existe dependencia. *“Muchos de nuestros mayores reclaman y precisan cuidado y vigilancia, pero también respeto. Han de estar bien atendidos, sobre todo en su fragilidad o por su dependencia, pero dicho cuidado debe estar precedido e imbuido por un espíritu de respeto permanente. No se puede atender bien a alguien si no es desde el valor ético del respeto. El respeto es, pues, la categoría ética básica en toda relación interhumana, máxime si esa relación se da de cara a una persona mayor frágil que demanda mayores dosis de cuidado o una alta dosis de calidad asistencial y moral por parte de todos”*(García Férrez 2006:62).

En definitiva, nos encontramos ante una realidad compleja como es la dependencia, respecto a la cual no disponemos de un amplio desarrollo ético al ser un fenómeno que ha comenzado a cobrar importancia hace relativamente poco tiempo, y frente al cual deben ir comenzando a desarrollarse las claves de un discurso ético de dominio público y esperanzador frente a las claves que hemos mencionado en el presente apartado.

2.2.4 Cuidadoras inmigrantes: un nuevo modelo de cuidado informal no familiar en el entorno doméstico

*“Cuidar se escribe,
ahora como antes,
en femenino”*

M. García Calvente.

El modelo *“familista”* desarrollado tradicionalmente en España para atender a las personas dependientes a nivel de cuidados informales, está experimentando importantes transformaciones que conllevan la aparición de una nueva figura de cuidador principal no familiar en el entorno doméstico. Las necesidades que ha estado cubriendo la familia empiezan a quedar al descubierto, de manera que ante la falta de recursos sociosanitarios para atender a las personas mayores dependientes en su domicilio, las familias empiezan a recurrir a la contratación (legal o no) de mujeres inmigrantes para que asuman los cuidados informales que hasta ahora habían sido familiares.

Los referentes en otros países a nivel de investigación nos muestran que en Inglaterra, si bien en la actualidad la situación dista mucho de la que tenemos en España, en lo relativo a los cuidados informales, cabe destacar que señalan también la falta de recursos económicos como factor principal para no llevar a cabo la contratación de un cuidador informal secundario. Además, en otros países como Estados Unidos, se ha señalado la pertenencia a grupos étnicos como un factor que también podría explicar la tendencia al desempeño del cuidado informal por parte de la familia y no recurrir a otros servicios extrafamiliares (Arber, S. y Ginn, J. 1992; White-Means, S. y Thornton, M. 1990 en La Parra 2001).

Para el cuidado de ancianos con una capacidad económica media y elevada se está ya recurriendo en España al trabajo informal y sumergido, al intercambio no estrictamente monetario (alojamiento, manutención...) y también a la importación de trabajadores de otros países de menor desarrollo económico, menores exigencias laborales y hábitos más “*familistas*” en el modo de tratar a los enfermos, mostrándose así otra faceta del proceso de socialización (Durán 2004).

Cuando el papel de cuidador lo asume una persona inmigrante que se dedica laboralmente al cuidado no profesional (podría ser considerado como cuidador informal secundario) de personas mayores cuya situación de salud le produce cierta incapacidad, y además, lo desempeña en el seno familiar, ciertos referentes culturales familiares dejan de tener significado en un ámbito doméstico en el que la familia está cambiando. Es, en este sentido, donde encontraremos uno de los puntos clave del diálogo cultural que se establece en torno a los cuidados por diversos miembros de esa nueva estructura familiar en la que aparecen integrantes con claves interpretativas diferentes y patrones comportamentales también distintos, derivados de otra cosmovisión, que modula la dinámica familiar, tanto social como culturalmente.

A medio plazo, las demandas de las familias al sistema sanitario variarán en contenidos, cantidades y calidad. Los cambios debidos a las variaciones demográficas pueden preverse con bastante exactitud, pero resulta mucho más difícil la estimación de los inmigrantes que reciben o prestan cuidados domiciliarios a enfermos, discapacitados y ancianos.

Según Durán, para el año 2050, los cambios demográficos generarán una demanda general de cuidado casi tres veces mayor en los grupos de edad muy avanzada, en tanto que descenderá la demanda pediátrica en más de un 20% respecto a la actual. Sin embargo, hay una alta probabilidad de que la demanda sea en realidad más elevada aún, debido a que los estándares de la población y sus aspiraciones de apoyo y cuidado continuarán creciendo para esas fechas, sumándose este efecto expansivo al originado por

la demografía (Durán 2004). La demanda de cuidados por parte de la generación mayor aumenta de manera progresiva, y la generación siguiente también necesitará cuidados y recursos monetarios para sí misma, existiendo una débil vinculación entre ancianos y muy ancianos.

La familia también se entiende y se percibe como ámbito de pertenencia a nivel relacional, donde la cooperación, confianza, ayuda, reciprocidad, intercambio y apoyo mutuo se sustentan debido a los nexos afectivos. Según Guerrero Muñoz, se difunde una solidaridad compartida de base afectiva y convivencial que tiende a establecerse con cierta permanencia en el tiempo (Guerrero Muñoz 2002). Según estas premisas, se puede suponer cierta pérdida en cuanto a esa pertenencia relacional que sustenta las relaciones de ayuda familiares debido al hecho comentado anteriormente, es decir, la inclusión de un nuevo miembro que no es del núcleo familiar pero sí desempeña funciones que hasta ahora ejercía uno de los miembros de la familia, el cuidado de los ancianos. En el seno doméstico puede generarse una ruptura de ese entramado y dinámicas de apoyo relacional mutuo en tanto que el nuevo miembro que aparece en los núcleos familiares, en muchos casos lo hace en régimen "*interno*", es decir, que vive y trabaja dentro del ámbito familiar; es preciso añadir a su vez, que el nuevo cuidador informal secundario tiene unos referentes socioculturales e identitarios definidos por otras claves diferentes a las de las familias en las que se insertan; hablamos de inserción familiar en el ámbito doméstico aunque en principio dudemos del alcance de una inserción real, completa.

El consumo de cuidado familiar es cada vez mayor, mientras que la producción del mismo disminuye progresivamente. El cuidado informal adquirido de mujeres inmigrantes conforma las coordenadas de la eclosión de un nuevo fenómeno caracterizado por la mercantilización del cuidado y del trabajo doméstico (Hoschild 2008). El cuidado informal ejercido por mujeres inmigrantes adquiere un nuevo matiz, ya que no se trata de cuidado familiar ni tampoco cuidados profesionales de Enfermería; se trata de una categoría intermedia, que reviste gran interés porque viene a sustituir al primero y disminuye la demanda del segundo. Así, la figura del cuidador inmigrante se erige como una nueva fórmula o dispositivo de atención a la dependencia desde el sector informal de los cuidados de valor incalculable, cuya aportación es beneficiosa a muchos niveles, especialmente en la relación de ayuda con la persona mayor, a nivel de organización doméstica y familiar, a nivel emotivo, y como respiro familiar, brindando una oportunidad de enriquecimiento cultural mutuo, de integración y de establecimiento de un nuevo concepto de grupo doméstico e incluso, de familia.

Resulta paradójico considerar a la figura del cuidador inmigrante como un sistema de respiro familiar y simultáneamente obviar que a su vez son estos nuevos cuidadores

los que asumen la sobrecarga que implica el cuidado (Galiana-Gómez de Cádiz, De la Cuesta Benjumea, C. & Donet-Montagut 2008). Es necesario prestar atención a las necesidades de este nuevo perfil de cuidador informal haciendo hincapié no sólo en la disminución del peso del cuidado en las familias sino en sus propias necesidades como un miembro más del grupo doméstico.

El trabajo se endurece en función del nivel de dependencia de la persona mayor, apareciendo con frecuencia sentimientos de distrés o carga, influenciados por el tipo de enfermedad o el nivel de discapacidad de la persona (IMSERSO 2005).

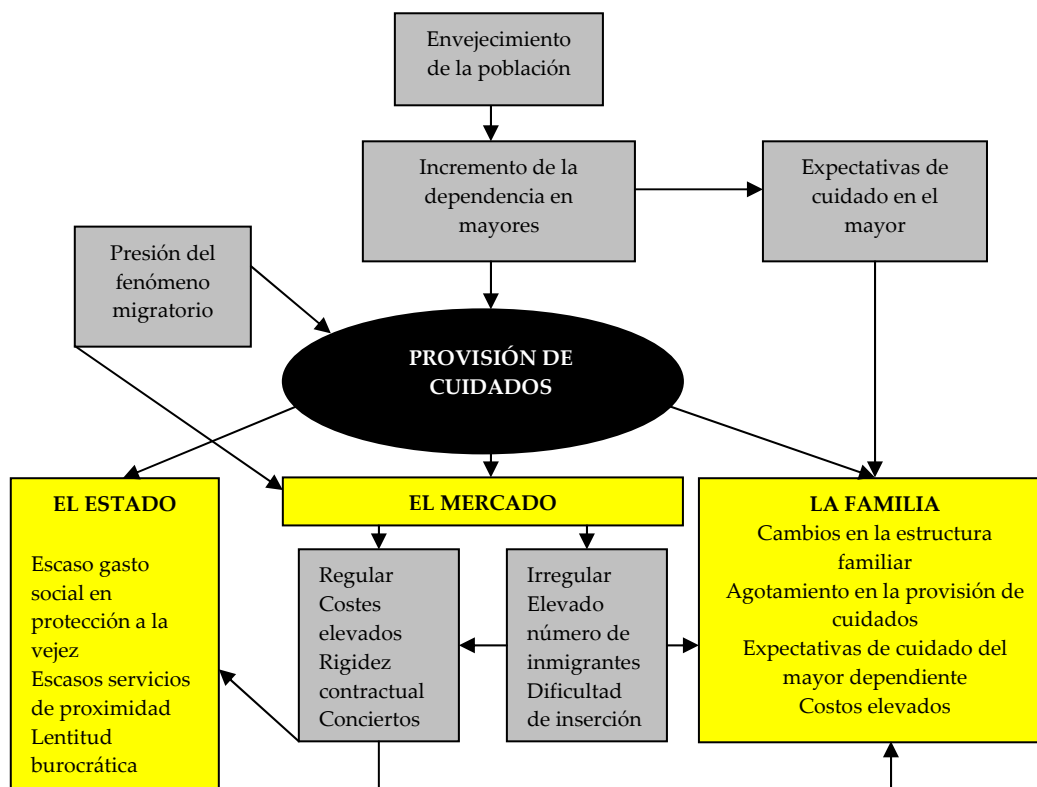


Fig.2.9 Factores condicionantes de la aparición del fenómeno social “Inmigrantes que cuidan a mayores”. Fuente: Tomado de IMSERSO. 2005

2.3 INMIGRACIÓN

En esta investigación, además de la ancianidad, abordamos un fenómeno de gran importancia, ya que ha convertido a la sociedad española en una más de la aldea global. Se trata de los movimientos migratorios, cuyas consecuencias se proyectan a nivel sociocultural en la actualidad y, por tanto, también afecta a las experiencias de salud que nos interesan (cuidados informales).

La inmigración designa los cambios de residencia más o menos permanentes, y que por lo general se relacionan con causas económicas, laborales, sociales o políticas. Las consecuencias de los movimientos migratorios se dibujan en torno a aquellas dimensiones que a su vez determinaron las circunstancias de emigración, aludiendo así a la economía, cultura, política o religión, de manera que tanto factores causantes como posibles efectos, constituyen un círculo cerrado de autoinfluencia que se retroalimenta, de modo que las migraciones se configuran como uno de los fenómenos con mayor capacidad para transformar la sociedad.

Este tipo particular de desplazamientos migratorios, especialmente los ligados al mercado laboral, se vienen desarrollando especialmente desde la Revolución Industrial, en las sociedades modernas vinculadas al sistema capitalista.

Hasta los años 60, España enviaba emigrantes; ahora se encuentra recibiendo inmigrantes y no sabe cómo reaccionar. La presión inmigratoria se prevé como un factor de larga duración; la de los países de África, América del Sur y de los países del este, serán fuertes. Por otra parte, es previsible que Europa, y también España necesite dentro de unos años a estas personas para llevar a cabo el reemplazo generacional y paliar los efectos de los bajos índices de natalidad.

La Unión Europea constituye uno de los cuatro sistemas migratorios existentes en la actualidad a nivel mundial. El nivel de desarrollo económico europeo alcanzado desde la Segunda Guerra Mundial junto con la elevación del nivel de vida de la población, así como la extensión del Estado del Bienestar, son los atractivos que incitan a personas de todas las nacionalidades a emigrar hacia Europa. En general, puede decirse que los países de la Unión Europea se "*especializan*", de alguna manera, en la recepción de inmigrantes. Los países de Europa central reciben inmigración del este, mientras que los países europeos del Mediterráneo reciben inmigrantes del sur, siendo motivos de proximidad geográfica y cultural los que median en este proceso.

Existen grandes lazos históricos y culturales entre los países emisores y receptores de la migración. Se dibuja un mismo patrón de búsqueda de destinos con afinidades culturales e históricas que antaño, sólo que en estos años recientes, la dirección de los

flujos es contraria a la de hace siglos, siendo el Viejo Mundo el que está siendo colonizado por el Nuevo Mundo.

Las migraciones a nivel internacional son la plasmación geográfica de una gran movilidad, que se traduce en desplazamientos en todos los sentidos, siendo mucho más que compartimentos que se llenan de personas o se vacían. No obstante, en la actualidad, existe una desigual distribución de la inmigración, aspecto que generará diversas consecuencias a medio y largo plazo, dadas las disparidades culturales, en colocación, en formación y en las características de su permanencia.

Según la Teoría de los Sistemas (Portes, Böröck 1998), las migraciones laborales son entendidas como un hecho social total, inherente al modo de producción capitalista, donde ejercen una funcionalidad positiva para el mantenimiento y desarrollo del sistema. Pero independientemente de su funcionalidad, suponen en sí mismas un motor de cambio en tanto que constituyen un gran fenómeno social.

Así, las migraciones, entendidas como fenómeno social están caracterizadas por un contenido basado en las relaciones sociales en que se insertan. Para Castles, uno de los estudiosos del fenómeno de la inmigración, la globalización, la diversificación y aceleración de los flujos migratorios, la feminización y politización de las migraciones constituyen las tendencias que caracterizan a la inmigración en la actualidad (Castles, Miller 2004).

El sujeto de las migraciones está constituido por los grupos sociales en movimiento en un espacio geográfico, pero tanto los grupos sociales como el espacio geográfico están definidos socialmente.

El tipo más frecuente de migración es aquella que implica asalarización, constituyendo el fenómeno numérico más importante, que relaciona y explica el fenómeno del capitalismo con los cambios sociales que genera.

Si en los años 60 surgía el modelo basado en la modernización (migración campo-ciudad), en los 70 proseguía el modelo de la dependencia; en los 80 ambos modelos han sido desplazados en buena parte por nuevos planteamientos que tratan de combinar variables micro y macro en el estudio de los movimientos de la población, dando un mayor protagonismo a factores socioculturales que a factores económicos y estructurales. A este conjunto de factores se le denominan *push and pull*, es decir, factores de expulsión y de atracción, que señalan la multicausalidad de los movimientos migratorios actuales en esta línea que hace más hincapié en lo sociocultural (Lacomba 2001). Este último enfoque presenta también ciertas limitaciones explicativas, aspecto que pone de manifiesto la necesidad de avanzar teórica y metodológicamente hacia otros modelos.

Tabla 2.2 Teorías migratorias desde la segunda mitad del siglo XX.

DIMENSIÓN	Clasificación de Massey, Portes y Bach
Inicio / Causas de movimiento migratorio	Economía neoclásica (Macro-Micro) o Teoría del Mercado de Trabajo TODARO-BORJAS
	Nueva Economía STARKS
	Teoría del Mercado Dual PRIORE
	Teorías de orientación Marxista CASTLES Y KOSACK
	Teoría del Sistema Mundial WALLERSTEIN
Mantenimiento de los movimientos migratorios	Teoría de las redes sociales MASSEY
	Teoría institucional
	Teoría de la causación acumulativa MASSEY
	Teoría de los sistemas migratorios ZLOTNIK
	Teoría del proyecto migratorio
Mantenimiento de las migraciones (efecto sobre las economías)	Teorías del consenso
	Teorías del conflicto
	Teorías del conflicto sostenido
Integración de los migrantes (modelos)	Asimilación
	Crisol de culturas (<i>Melting Pot</i>)
	Pluralismo

Fuente: Tomado de (Mateo Pérez, La Parra 2005)

Por su parte, Tezanos también realizaba un resumen de los grandes modelos migratorios actuales, con un enfoque analítico espacio-temporal que complementa las bastante las teorías resumidas en la tabla 2.3

Tabla.2.3 Grandes modelos migratorios de nuestro tiempo.

	Modelo transatlántico	Modelo norte-europeo	Modelo actual
Horizonte temporal	Siglo XIX y primera parte del XX	Décadas de los años 60!70 del siglo XX	Principios del siglo XXI
Contexto histórico-geográfico	Formación y desarrollo de nuevas naciones	Desarrollo de economías norte-europeas en el período posterior a la II G. Mundial	Economía globalizada con un mundo desigualitario
Filosofía de la migración	“Hacer las Américas”. “Empezar una nueva vida en un nuevo mundo”	Encontrar una ayuda, ahorrar, mejorar	Sobrevivir y tener acceso a oportunidades y servicios sociales
Elementos socioeconómicos subyacentes de los países receptores	Conformar una población suficiente, reclutar fuerza de trabajo, cualificada o no.	Disponer coyunturalmente de la ayuda de fuerza de trabajo (no muy cualificada) durante un período de expansión de su economía	Tener un “ejército laboral de reserva” para trabajos de poca calidad
Finalidad. Objetivos de los inmigrantes	Mejorar sus perspectivas vitales. Inaugurar una nueva etapa en una tierra de oportunidades	Ahorrar todo lo posible para comprar una vivienda en su país de origen, o poner un negocio, etc...	Poder vivir mejor y ofrecer un futuro a sus hijos, y “mantener” o ayudar a familiares en el país de origen
Cómo se va y para qué	Un gran viaje (“saltar el charco”) para quedarse	Se va por un período acotado, pensando regresar	Un viaje con flujos de idas y vueltas
Perspectivas, aspiraciones respecto al país de origen	Se piensa abandonar el país de origen por motivos ideológicos-políticos, religiosos, etc...	Se piensa en el retorno	Se piensa en un afincamiento sin romper amarras (doble vía)
Modelo de acogida en el país de recepción	Pautada (con papeles), controlada y arraigadora	Partida legalizada y temporal (modelo de trabajador invitado)	No hay modelo de acogida, amplios espacios “ilegales” y oportunismos empresariales
Actitud de los inmigrantes	Quieren integrarse	Visión temporal	Están a caballo entre dos modelos de dos culturas
Lazos culturales que mantienen con el país de origen	Relativos y mixtos, se mantienen identidades secundarias a nivel de folklore en su sentido sociológico	Fuertes y emotivos (no mestizaje). Se establecen “casas de España”, etc...	Fuertes, no se integran (ni les dejan integrarse)
Contactos con el país de origen	Escasos y decrecientes	Amplios y constantes. Repatriación de ahorros	Muy amplios y heterogéneos
Modelo de ciudadanía	Nueva ciudadanía	Se mantiene la ciudadanía de origen	Ciudadanías múltiples y difusas (casi doblemente duales)
Integración cultural	Tendencialmente total	Nula o escasa	Parcial. Incluso se refuerzan identidades culturales previas

Fuente: Tomado de (Tezanos 2007)

Esta población está dispuesta a exponerse a vivir en condiciones de pobreza y marginación, a la intolerancia religiosa, al racismo y la xenofobia, antes que volver a sus países de origen para sufrir las consecuencias de regímenes autoritarios, de sistemas económicos débiles y falta de libertad. A pesar de indicar aspectos como el económico, la productividad y el crecimiento como dimensiones explicativas de las dinámicas migratorias, en las tres últimas décadas se están produciendo cambios significativos en la conceptualización de los enfoques y modelos teóricos del fenómeno migratorio.

2.3.1 Aspectos demográficos de la inmigración

Cuando se inicia un estudio donde se aborda el fenómeno migratorio, nos encontramos diversos problemas de gran importancia relacionados con las fuentes de información. Existen graves problemas estadísticos que afectan a las bases de datos y fuentes documentales, tales como errores, inexactitud, subregistro, falta de actualización, destacando como especialmente importante el efecto de la condición de ilegalidad en la que se encuentra un elevado número de inmigrantes. Muchos de ellos, por tanto, no constan en las estadísticas oficiales al no disponer de una situación regularizada dentro de nuestras fronteras. A esto se añade la alta movilidad que tiene lugar dentro del propio país de destino, lo que dificulta aún más aproximarnos a las características de estos colectivos en nuestro país.

La movilidad humana se ha convertido en un elemento integral de la economía mundial. El número de inmigrantes aumentó de setenta y cinco millones en 1965 a ciento veinte millones en 1990. Los datos posteriores al año 2000 sugieren que esta aceleración continúa y España es uno de los países que refleja tal situación (Soriano Miras 2008).

Según la ONU, en el primer lustro del siglo XXI, doscientos millones de personas residían fuera de sus países por razones de trabajo. Uno de cada tres inmigrantes vive en Europa, y uno de cada cuatro en América del Norte (Naciones Unidas 2006).

En la actualidad los migrantes van desde y hacia casi todos los países del mundo, desapareciendo la distinción entre países de origen, destino y tránsito; España fue tradicionalmente país emisor de migrantes y en la actualidad es país principalmente de destino, pero continúa siendo de origen y también de tránsito.

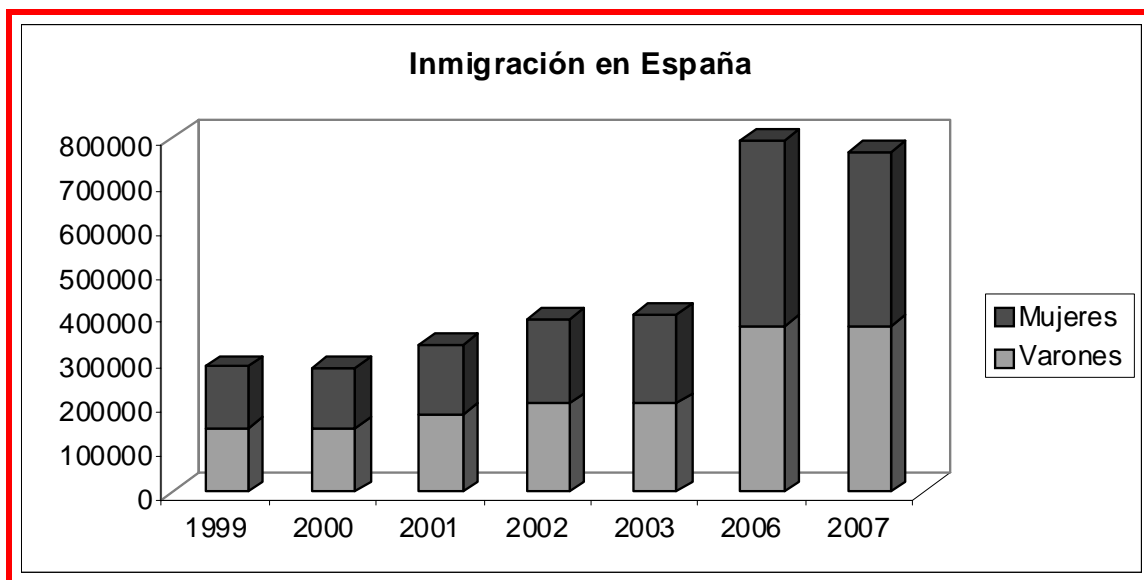


Fig. 2.10 Gráfico sobre la evolución de la inmigración en España. Elaboración propia con datos del INE. (INE. 2010)

En 2007, el 10% de la población española estaba constituido por inmigrantes (4.482.568 personas empadronadas; esta cifra no refleja la realidad de la inmigración en España, de manera que la proporción resulta ser mucho mayor)

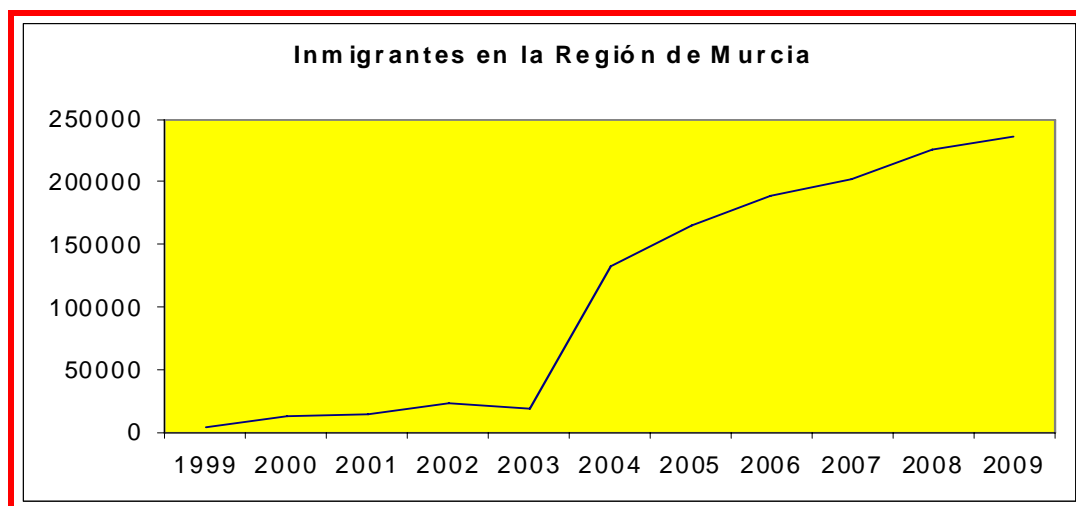


Fig. 2.11 Gráfico sobre la evolución de la inmigración en la Región de Murcia. Elaboración propia según datos del INE. (INE 2010)

¡Error! Vínculo no válido.

Problemas de concepto en estadística poblacional (Región de Murcia).2009

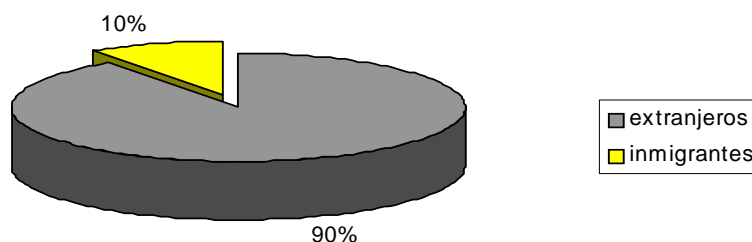


Fig. 2.12 Proporción de población inmigrada/extranjera en la Región de Murcia. Gráfico de elaboración propia según datos del INE. (INE. 2010)

Respecto a los gráficos expuestos, en primer lugar podemos advertir la evolución del crecimiento de población inmigrante en la Región de Murcia, que tras haber presentado una etapa sostenida, retoma una clara tendencia al alza, alcanzando una supuesta magnitud de 235.134 personas inmigrantes en 2009. (INE. 2010)

La inmigración en España suele tener intención de arraigo. España no es un país de paso para muchos. Es un hecho constatado por los estudiosos de la inmigración, que el mito del retorno propio de los primeros años de emigración va diluyéndose a medida que pasa el tiempo de manera que, en general los inmigrantes se quedan en el país de inmigración.

En este último gráfico, podemos observar que se percibe cierta tendencia a la confusión al denominar a las personas procedentes de otro país. Lo que sugiere la información obtenida por el Instituto Nacional de Estadística es que podemos hablar de extranjeros y de inmigrantes como categorías bien diferenciadas, aludiendo con el término "extranjeros" a aquellas personas que, no habiendo nacido en España e incluso habiendo establecido su residencia habitual en nuestro entorno, proceden de otro contexto, (principalmente europeo, y de otros países del llamado "Primer mundo"), pero que no poseen la nacionalidad española. El resto de personas que acuden a nuestro país, en muchos casos como turistas, en otros, en condiciones de ilegalidad, aún cuando existe intención de establecerse en España, y por supuesto, de conseguir la nacionalidad española, se les denomina "inmigrantes". La diferencia real que existe entre ambos perfiles de personas, por ejemplo entre un alemán de 65 años y un ecuatoriano de 30, estriba

principalmente en las circunstancias de su país de origen. Mientras que el término extranjero no implica connotaciones negativas (además de las jurídicas y legales) añadidas, el término inmigrante sí que lo hace. Además, cabe destacar que la mayor parte de los “*extranjeros*” europeos suelen ser personas jubiladas, las cuales no van a colaborar en el desarrollo de la fuerza de trabajo del país, y aún así, existe mejor valoración, acogida y tratamiento que aquellos procedentes de países con menor nivel de desarrollo y problemas de pobreza, con edades jóvenes que sí van a formar parte de la fuerza de trabajo así como colaborar en el necesario aumento de las tasas de natalidad. Una vez conseguida la nacionalidad española, esta persona desaparece de las listas y estadísticas de inmigración.

Otros autores como Ramos Domingo defienden esta postura, considerando que parece ser que según el lugar de origen, es cada vez más clara la diferenciación en la aplicación de los términos “*extranjero*” e “*inmigrante*”. El concepto de “*inmigrante*” suele estar reservado a los individuos procedentes de países menos favorecidos económica y socialmente. A partir de esta carga valorativa, la percepción de los distintos “*tipos*” de inmigrantes se difunde, perpetúa y acentúa mediante el lenguaje, hasta establecer una distancia cada vez mayor entre ambos grupos de foráneos, que se manifiesta de manera espontánea y natural por la mayor permisividad con unos y un rechazo social, evidente o enmascarado, hacia los otros (Ramos Domingo 2002).

Por otra parte, más de la mitad de los inmigrantes están casados. Este tipo de inmigración, cada vez más familiar, tiene una estructura demográfica más equilibrada de forma que se refuerza la permanencia en el país de destino.

Del total de residentes extranjeros en España, más de la mitad están establecidos en el Arco Mediterráneo, que se extiende desde la frontera con Francia hasta Murcia y las provincias andaluzas orientales, a un espacio que representa menos de la cuarta parte de la superficie del país. Las zonas del Arco Mediterráneo son especialmente propicias para la entrada de inmigrantes dada su cercanía geográfica con el Norte de África, entre otras cosas, y es conocida su idoneidad como lugar de asentamiento más o menos permanente debido a sus condiciones climáticas que hacen de España un país con una gran actividad turística (Banús 2003).

2.3.2 Cambio social y cultural.

“La acogida debida al extranjero no es expresión de una raíz común; no es natural, por el contrario, es consecuencia, precisamente, de la separación, de la alteridad, de la errancia o el peregrinaje consustancial al hombre”

E. Levinas.

El proceso migratorio supone un gran impacto en la estructura social del país y a muchos niveles de la comunidad receptora. Al contrario de lo que se pueda pensar, los flujos migratorios ejercen una gran influencia sobre ambas estructuras sociales, tanto en la receptora como en la emisora. Así, se ha podido comprobar que hoy día emigran personas pertenecientes a diversas clases sociales distintas en multitud de países, estableciéndose cierta correspondencia entre la clase social de la comunidad de origen y el país al cual emigran, constituyendo así una estructura social tanto a nivel de representaciones como de prácticas.

El proceso de acumulación capitalista que hemos examinado requiere para su realización no solamente unos mecanismos de producción/utilización de la fuerza de trabajo y del capital, sino también la existencia de un complejo montaje social adecuado a las necesidades de las sociedades actuales. Se trata de una organización global de la vida social capaz de asegurar la continuidad de las relaciones sociales dominantes, es decir, de la organización necesaria a los grupos sociales dominantes para su supervivencia como tales (Cardelús1979).

A este respecto, Bourdieu considera que las realidades sociales son una ficción sin otro fundamento que la construcción social y existen como realidad en tanto que son reconocidas por la colectividad (Bourdieu 1999).

La realidad de los inmigrantes se reviste de aparente homogeneidad, delimitando una realidad muy ambigua en un escenario social aún por definir, que en su invisibilidad, dan pie en la sociedad de acogida a una serie de representaciones sociales proclives a la superioridad a muchos niveles.

Todos estos movimientos han modificado la estructura de la población en los países emisores, agravando las disparidades entre pueblos y ciudades, despoblando algunas zonas y provocando la aceleración del envejecimiento demográfico y el proceso de un aumento en el grado de feminización de la sociedad. A la vez, en los países receptores ha ocurrido lo contrario, es decir, una mayor incidencia de juventud, así como una natalidad algo robustecida y una mortalidad mantenida (Banús 2003).

Pero la inmigración implica un fenómeno de gran calado tanto a nivel social como cultural. Existe una cuestión fundamental derivada de este fenómeno, como es la integración, que alude a ambas dimensiones; la integración constituye un reto importante en tanto que en las sociedades de acogida sigue existiendo, implícita y a veces explícitamente, una visión de sospecha que podría identificarse con las corrientes del pesimismo antropológico, en tanto que sigue existiendo una especie de duda o miedo sistemático hacia el otro, de visión preventiva frente a los peligros del que viene de fuera; frente a esto, se apuesta por una aparente seguridad sin que la sociedad realmente interiorice que estamos inmersos en una situación incuestionable de gran cambio social y cultural.

Durante décadas, los países anglosajones que tradicionalmente han recibido inmigrantes, la variable racial y cultural ha sido considerada en el proceso de control de los flujos, pero no en el de integración. El inmigrante debía despojarse de su cultura anterior y adaptarse a la del país de acogida. Aquellos extranjeros considerados, por sus diferencias raciales o culturales, como colectivos de difícil adaptación a la cultura del país de acogida fueron excluidos en el proceso de selección de las entradas. La evolución de las políticas se ha dirigido hacia una situación contraria: han desaparecido las consideraciones culturales y raciales en el proceso de control de los flujos y la admisión al territorio y se han desarrollado éstas en el proceso de integración. Las causas económicas y la llegada de refugiados de los más variados orígenes han desembocado en sociedades nacionales étnicamente heterogéneas que necesitan de un nuevo tratamiento de la diferencia. Este desplazamiento de tales consideraciones del proceso de regulación de los flujos al de integración es, sin duda, uno de los cambios más significativos en la historia reciente de los procesos migratorios (López Sala 2005).

En este apartado vamos a describir muy someramente el cambio social y cultural que acontece a raíz de la inmigración. Intentar describirlos por separado resulta ser una tarea realmente compleja, en tanto que consideramos, al igual que diversos autores, que la estructura social es parte del mapa cultural.

Kluckhohn defendía esta postura, argumentando que el sistema social se edifica sobre las vigas suministradas por la cultura, implícita y explícita (Kroeber, Kluckhohn 1952). Se oponía así a los postulados de Parsons, que consideraba oportuno separar la cultura como un nivel independiente en la organización de los componentes de la acción (Parsons, Shils 1951).

Parsons finalmente no consiguió demostrar la independencia de la cultura respecto al resto de dimensiones, dando la razón a buena parte de los autores que lo criticaron. A pesar de ello, hemos intentado describir los efectos de la inmigración a nivel social y

cultural de forma independiente, pero al comprobar que se mezclaban constantemente algunos aspectos, sólo nos hemos planteado abordar ambos temas de forma ordenada aunque conjunta en última instancia.

2.3.2.1 *La inmigración como factor de cambio social*

Comenzaremos abordando el cambio social desde los planteamientos de uno de los estudios ya considerados como clásicos acerca de la inmigración; nos referimos a *“El campesino polaco en Europa y América”*, de Thomas y Znaniecki³; según ambos, las actitudes que se identificaron en inmigrantes polacos en América fueron radicalismo-conservadurismo y nacionalismo-internacionalismo, constituyendo dos ejes actitudinales de estos grupos ante la sociedad a la que tenían que adaptarse (Thomas, Znaniecki 1918-1920).

Estudios posteriores apenas han modificado los hallazgos obtenidos en esta investigación. La primera dimensión está compuesta por creencias y actitudes sobre la organización social y nuestra satisfacción o tolerancia ante los cambios que en ellas se realizan. La segunda refiere a nuestras relaciones con los demás, a nuestra mayor o menor aceptación del otro en función de que pertenezca a grupos más próximos o más lejanos. En definitiva, la organización social y sus cambios, por un lado, y las relaciones interpersonales, por otro, son los dos grandes núcleos explicativos de las distintas formas de enfrentarnos a la sociedad.

La inmigración se convierte así en un motor capaz de transformar la realidad social que nos rodea, determinando tanto el orden social de ésta como el propio proceso de integración. Tomando como punto de referencia tales planteamientos, advertimos que el objetivo de la integración social de los inmigrantes resulta difícil de concretar, aunque un aspecto claro e inequívoco al respecto es que la migración puede llevar a las personas a un elevado nivel de aislamiento social, aspecto íntimamente relacionado con la integración.

³ Thomas y Znaniecki realizaron un estudio sobre los inmigrantes polacos en América que marcó un verdadero hito en la sociología norteamericana y mundial, no sólo por ser uno de los primeros estudios sociológicos sobre inmigración, sino por ser una de las primeras investigaciones sociológicas que combinaba datos empíricos con teoría. Así, hicieron un amplio retrato de la experiencia migratoria, ahondando en el análisis de los problemas familiares que acarrea la inmigración, de qué manera las formas de la familia, de los grupos de vecindad, las cualidades de su comportamiento, los sistemas de usos y costumbres de vida de los campesinos polacos que emigraron, se modificaron con la migración. Se describían los cambios estructurales y se trataron de explicar los procesos sociopolíticos que desarrollaron dichos grupos en América. El citado estudio tiene otros valores añadidos a la idoneidad metodológica y a ser el primer estudio importante sobre inmigración, refiriéndonos con ello a la clarificación de algunos conceptos tales como valores culturales, actitudes y actividad social (como nexo entre valores y actitudes).

2.3.2.2 *La inmigración como factor de cambio cultural.*

Vivimos en una constante situación de cambio cultural, evidenciado especialmente a raíz de los flujos migratorios y la globalización. Es frecuente en el mundo actual encontrar el contacto entre culturas de origen diferente. Influyen en ello los medios de comunicación y los movimientos migratorios en general.

Los mass-media han facilitado el contacto con culturas muy alejadas del espectro europeo, aunque a su vez las han superficializado, estableciéndose un contacto a diferentes niveles. Uno de ellos es el ámbito local, es decir, el de la expresión genuina de cada pueblo o etnia dentro de una misma región cultural o área de civilización; un segundo nivel es el del ámbito propiamente intercultural, cuando áreas culturales diferenciadas entran en relación, y por tanto, cuando se interponen cosmovisiones y paradigmas diferentes de la realidad. Ejemplos del primer nivel serían las lenguas o los sistemas político-económicos en una misma área cultural. Europa es una muestra en este sentido. Ejemplo del segundo nivel sería el encuentro entre la civilización europea y las pertenecientes al continente africano; este contacto representa un avance en el conocimiento de la riqueza humana, un parámetro de integración de las culturas frente al peligro de desaparición de muchas de ellas y el consiguiente empobrecimiento cultural del planeta (Vicens 1995)

Nos encontramos con sujetos de estudio que viven situaciones de ambigüedad e indeterminación social, que hasta hace unos años, sólo eran realidades propias de "otras" sociedades periféricas o minoritarias. Multiculturalidad, interculturalidad, diversidad cultural, cambio cultural...son expresiones que actualmente se han introducido con gran facilidad y de manera muy coloquial en cualquier contexto de nuestra vida, sea en los medios de comunicación, política, educación, etc...Pero para tener un concepto de ellos con un poco de claridad, profundidad y sentido, en primer lugar es necesario explorar lo que entendemos por cultura, ya que todos los fenómenos indicados, magnificados a raíz de los movimientos migratorios, parten de ésta.

Existen múltiples definiciones de cultura, habiendo sido, históricamente, objeto de discusión para los antropólogos. Kroeber y Kluckhohn tabularon, revisaron y clasificaron 164 definiciones de cultura en su obra "*Culture*", publicada en 1952 tras asumir el reto que Parsons les había lanzado. Que los antropólogos reexaminaran sus ideas sobre la cultura e intentaran afinar su enfoque al respecto marcó un antes y un después en la Historia de la Antropología, siendo una de las obras que ha compilado un mayor abanico de concepciones, críticas y comentarios acerca de la cultura.

A pesar de la numerosa lista de acepciones estudiadas y comparadas y sin ánimo de añadir una definición número 165, acabaron por sumarse a la forma en la cual *“la mayoría de científicos sociales formulan hoy esta idea central: la cultura consiste en modelos, explícitos e implícitos, de conducta y para la conducta, modelos adquiridos y transmitidos mediante símbolos.[...] Y el núcleo esencial de la cultura consiste en ideas (...) tradiciones (...) y, especialmente, en sus valores asociados”* (Kroeber, Kluckhohn 1952:158) en (Kuper 2001:79).

En esta versión acerca de la cultura apoyada por Kroeber y Kluckhohn, la concepción científica de la cultura surge en oposición a las concepciones humanistas, no sin una buena oleada de críticas. Las conversaciones entre Parsons y Kroeber continuaron en pos de la acuñación de un concepto de cultura más novedoso aún, relacionando la cultura con el sistema social, pero cuya principal intención conjunta era enfatizar la distinción entre sistema cultural y sistema social, tratando de clarificar sus naturalezas respectivas y las relaciones entre ambos, dando lugar a la siguiente afirmación unos pocos años después:

“Sugerimos que, para muchos usos, es útil definir el concepto de cultura más estrictamente de lo que ha sido habitual en la tradición antropológica americana, restringiendo su referencia a los contenidos y patrones de valores, ideas y otros sistemas significativamente simbólicos creados y transmitidos en tanto que factores modeladores de la conducta humana y de los artefactos producidos mediante la conducta. Por otro lado, sugerimos que el término sociedad, o más generalmente, sistema social, se emplee para designar el sistema específicamente relacional de interacciones entre individuos y colectivos” (Kroeber, Parsons 1958) en Kuper 2001)

A pesar de todos los esfuerzos por intentar demostrar que la visión antropológica y humanista de la cultura eran opuestas, con el tiempo llegó otra corriente más postmoderna que defendía la interpretación de la cultura en una vuelta hacia la perspectiva humanista de finales del siglo XIX.

Una característica fundamental de la cultura es que, a pesar de su naturaleza esencialmente conservadora, cambia a través del tiempo y de un lugar a otro. Según Murdock, no puede entenderse el cambio cultural sin clarificar la naturaleza misma de la cultura.

“La cultura es el producto del aprendizaje, más que de la herencia. Las culturas del mundo son sistemas de hábitos colectivos. Las diferencias observables entre ellas son el producto acumulativo del aprendizaje masivo bajo condiciones geográficas y sociales. [...]La cultura se aprende precisamente por medio del mismo mecanismo que funciona en la formación de todos los hábitos. [...]Una cultura consiste en hábitos que son compartidos por miembros de una sociedad; así, las personas del mismo sexo o edad, los miembros de la misma clase social, de la

misma asociación o de la misma profesión, y las personas que interactúan con otras en relaciones similares, comúnmente se parecen entre sí en sus hábitos sociales, aunque sus conductas difieran de las de las personas de otras categorías “ (Murdock 1987:155).

De los postmodernistas se ha pasado, en los años 90, a una teoría de la cultura que algunos acusan de politizada, sobre todo en América.

En Antropología, grandes autores como Boas, Malinowski, Mead o Lévi-Strauss no dudaron, ya en su día, en abordar amplios temas políticos (Kuper 2001). Incluso el antropólogo más escéptico bien puede considerar que la sociedad que encontramos no merece la pena describirla dado que puede resultar demasiado prosaica y familiar, y encontrarse con que el actual discurso politizado sobre la cultura provoca reflexiones poco cómodas para algunos sectores.

En nuestro entorno más cercano, al emplear la palabra cultura, Lisón Tolosana se refiere a esos grandes bloques, conjuntos o síndromes culturales fundamentales que en su elasticidad cambian muy lentamente y que siguen navegando su rumbo con extraordinaria fuerza por sistemas sociales diferentes, con políticas y economías cambiantes, a lo largo de períodos en constante evolución. *“La cultura es la transformación de lo permanente y universal. La cultura es presagio seguro, aunque no destino; es unidad en el cambio, en el flujo y abstracción como realidad” (Lisón Tolosana 1997:99).*

Según tales planteamientos sobre la cultura, ampliamente compartidos dentro de la disciplina, cabe plantearse el cambio cultural; así lo defiende Lisón:

“Los cambios en la conducta social, y por la tanto en la cultura, normalmente tienen su origen en alguna alteración significativa de las condiciones de vida de una sociedad. Cualquier suceso que cambie las situaciones bajo las cuales se desalienten y se favorezcan nuevas respuestas, puede llevar a innovaciones culturales. Entre la clase de sucesos que, según se sabe, influyen especialmente para ocasionar cambios culturales, están los aumentos o disminuciones en la población, los cambios en el ambiente geográfico, las migraciones hacia nuevos ambientes, los contactos con pueblos de diferente cultura, las catástrofes naturales y sociales como inundaciones, pérdida de cosechas, epidemias, guerras, depresiones económicas, descubrimientos accidentales e incluso sucesos biográficos como la muerte o la subida al poder de un líder político poderoso” (Lisón Tolosana 1997:100).

Para poder comprender el cambio cultural como consecuencia de la inmigración, debemos clarificar algunos conceptos relacionados con este tema, tales como multiculturalidad e interculturalidad. Ambas resultan ser dos fenómenos que se superponen en las sociedades actuales; tienden a manejarse de manera indistinta y se confunden sus significados o acepciones.

El multiculturalismo representa un modelo ciertamente aislacionista, en tanto que surge con la formación de minorías étnicas sólidas con fuertes símbolos identitarios y que preservan la cultura originaria. Sin embargo, la interculturalidad se identifica más con modelos en los que prima la adaptación mutua.

A su vez, dentro del multiculturalismo existen diversas Escuelas, tendencias y facciones; por ejemplo, multiculturalismo de la diferencia y multiculturalismo crítico (Kuper 2001).

Huntington defendió la tesis del multiculturalismo, atendiendo a éste como la posible coexistencia de culturas independientes y separadas entre sí; cada cultura aparte de las demás.

Azurmendi ha criticado esta postura basándose en la experiencia africana del "*apartheid*", o vida cultural aparte, en la que cada cultura no debía interferir en las demás ni mezclarse. A partir de esta experiencia, comenzó a desarrollarse el racismo entre las propias comunidades del "*apartheid*", de manera que Azurmendi, concluye que el racismo fue posterior a la idea del multiculturalismo y no lo considera una propuesta viable en nuestra sociedad actual. Con objeto de explicar la confusión sobre el concepto de multiculturalismo, Azurmendi aclara que no es sinónimo de que en el mundo exista una pluralidad de culturas sino que fue un concepto acuñado para referirse a un Estado-Nación democrático, cuyo pluralismo debía consistir en promover y mantener diferencias étnicas y/o culturales. Los multiculturalismos extremistas valoran más la distancia cultural con el inmigrante que las similitudes mutuas, siendo la estigmatización una de las consecuencias negativas que se desprenden de este modelo (Azurmendi 2003).

El objetivo común de los multiculturalistas es acabar con el *melting pot*. Dentro de los modelos de adaptación, también se encuentra el *melting-pot*, mencionado anteriormente, según el cual se establece una fusión entre diferentes grupos étnicos y se abandona la cultura de origen para crear una cultura común. El *melting-pot* ha constituido un gran empeño en EE.UU, pero sin embargo, no ha tenido éxito a nivel global, sólo para algunos aspectos culturales (Soriano Miras 2008).

Continuando con los procesos de cambio cultural en que nos encontramos a raíz de las migraciones, cabe mencionar otras muchas situaciones de cambio al margen de los fenómenos de muticulturalidad e interculturalidad, tales como la aculturación, inserción e integración, que vienen a ser claramente definidas por D'Entremont de la siguiente forma:

"Aculturación refiere a un proceso según el cual, un grupo minoritario, con el tiempo llega a perder hasta los últimos elementos esenciales de su herencia cultural, que suelen ser la memoria colectiva, creencias religiosas, costumbres, tradiciones, folklore y lengua. [...] La aculturación

se contrapone al fenómeno de la inserción, que refiere al caso de inmigrantes que no abandonan prácticamente ningún elemento de su identidad ni los modos propios de su país de origen, sino que mantienen a toda costa sus tradiciones y su estructura mental y social en el país de acogida, para con ello intentar negociar los términos de su presencia en esta sociedad [...] El concepto de integración hace referencia al fenómeno por el cual los inmigrantes llegan a participar en las actividades y a adherirse al conjunto global de los valores del grupo mayoritario de la comunidad de acogida, pero sin llegar a tener que llevar a cabo el sacrificio de su propio origen o de su propia identidad” (D’Entremont 2003:30).

La integración es un fenómeno mucho menos intenso que el de la aculturación, ya que el inmigrante no llega a renunciar a su propia cultura, sino que compagina su pertenencia a esa cultura con la participación en muchos de los valores de la cultura del país de acogida, guardando algunos elementos de su propia identidad, normalmente aquellos que no entran en conflicto con los rasgos básicos de identidad del grupo mayoritario.

2.3.3 Estigmatización y diferencia: representaciones sociales y culturales.

Las cuestiones económicas suelen encubrir la grave cuestión del rechazo a los inmigrantes, lo cual ha propiciado, en los últimos años, el surgimiento de nacionalismos excluyentes (Francia, Alemania y Estados Unidos son algunos ejemplos, además del caso español), que van asociados a brotes periódicos de violencia, reflejando ciertos problemas que no han sido erradicados a pesar de los logros sociales de la modernidad.

Se está consolidando la idea errónea de que la diferencia es sinónimo de desigualdad. Según la Comisión de las Comunidades Europeas, existe un porcentaje de la población privada y apartada de la vida económica y social, no participando en el bienestar general, así, *“la exclusión social se refiere a la incapacidad para disfrutar de los derechos sociales, para responder a las obligaciones y el riesgo de quedar relegados a los rangos de los que viven de los beneficios sociales y a la estigmatización”* (Comision of European Communities, 1993 en (Martinez Veiga 1997).

Sin embargo, para Touraine, los conceptos de *“desigualdad”* y *“exclusión”* son relativamente diferentes. Según sus planteamientos, la desigualdad nace con la sociedad industrial, aludiendo al sistema de clases. La exclusión implica cambio social, separando centro y periferia social. Así, los excluidos no son susceptibles de desigualdad porque ni siquiera están dentro del mercado de trabajo, y por lo tanto no pueden adoptar los derechos sociales más básicos (Touraine 1991).

La exclusión social no se puede explicar con arreglo a una única causa o factor, sino que precisamente se define por una acumulación de factores laborales, económicos, culturales, personales y sociales que se interrelacionan y retroalimentan entre sí.

Tabla 2.4 Principales factores de equilibrio “*exclusión-integración*” en la inmigración

	Factores de exclusión	Factores de integración
Laborales	Paro Subempleo Temporalidad Precariedad laboral Carencia de Seguridad Social Carencia de experiencias laborales previas	Empleo fijo o estable Buen nivel de ingresos Condiciones de empleo razonables Experiencia laboral
Económicos	Ingresos insuficientes Economía sumergida Carencia de ingresos Endeudamiento Infravivienda, hacinamiento Ausencia de vivienda	Ingresos regulares Fuentes alternativas de ingresos Vivienda propia
Culturales	Pertenencia a minorías étnicas Extranjería Pertenencia a grupos que son rechazados Analfabetismo o baja instrucción Elementos de estigma	Integración cultural Perfiles “culturales” aceptados e integrados Alto nivel de instrucción Posesión de cualificaciones demandadas

	Factores de exclusión	Factores de integración
Personales	Variables “críticas” de edad y sexo (mujeres jóvenes) Discapacidades <i>Hándicaps</i> personales Alcoholismo, drogadicción Antecedentes penales Enfermedades Violencia, malos tratos Débil estructura de motivaciones y actitudes negativas Pesimismo, fatalismo Exilio político, refugiados	Capacidad e iniciativa personales Cualidades personales valoradas socialmente Buena salud Motivaciones fuertes Optimismo Voluntad de realización Facilidad de trato Buen aspecto
Sociales	Carencia de vínculos familiares Familias monoparentales Carencia de otras redes sociales de apoyo Residencia en zonas de expansión Entorno residencial decaído Aislamiento	Apoyo familiar Intensa red social, relaciones Pertenencia a asociaciones y grupos sociales Integración territorial

Fuente: Tomado de (Tezanos 2004).

Cuando la discriminación alude a causas raciales (lo que se consideraban diferencias raciales, aunque científicamente no es justificable ni se acepta), de identidad o nacionalidad principalmente, aparecen dos nuevos conceptos: racismo y xenofobia. El miedo al extranjero, por desconocimiento, puede ser uno de los principales caldos de cultivo de dichas actitudes. Esto genera a su vez, un rechazo social que impide cualquier intento de integración, favoreciendo aún más la marginalidad.

Dentro de la confusión teórica existente respecto al término raza y al racismo como mecanismo de exclusión, hay autores que consideran que en la actualidad el racismo ya no es una doctrina basada en el determinismo biológico, o con vínculos con la ciencia, puesto que ésta ha rechazado el concepto de raza. Efectivamente, existen varias corrientes

científicas, sobre todo provenientes del campo de la genética de poblaciones, que descartan la utilización del concepto de raza por ser irrelevante e inexistente como categoría científica. Sin embargo, no existe consenso entre los científicos antirracistas y los defensores del determinismo hereditario.

Asistimos a un movimiento en el que parece resurgir el racismo, cuando en la mayor parte de la jerga antropológico-sociológica, la palabra raza ha sido desplazada por la de cultura a través de un ambiguo término: etnia; este término cuenta entre sus referentes tanto con las viejas nociones de raza y pueblo, como con la abstracción más purificada de la esencia: la etnicidad. Parece que vuelve a existir la pureza étnica, como en otros tiempos existió la pureza racial. En el campo social actual, lo novedoso no es la sustitución de lo biológico por lo cultural, sino la utilización de la etnia a modo de comodín para sustituir a la raza. Lo étnico alude tanto a lo biológico, no alejándose de ello, como a lo cultural (Moreno Feliú 1994).

El racismo es entendido como creación unilateral de la sociedad occidental a raíz del fenómeno colonial, y actuó como precursor del mismo. No obstante, Benedict consideraba que *"toda sociedad, occidental o no, puede generar representaciones y prácticas consideradas racistas como parte de su propia dinámica sociocultural"* (Benedict 1989:129).

Para D'Entremont, el racismo es la discriminación contra los inmigrantes por motivo de odio o desprecio debido a su diferente raza. Relacionado con este término, también se encuentra la xenofobia, la cual refiere a la discriminación contra los inmigrantes por motivo de odio o desprecio hacia todos los extranjeros, indistintamente de su raza (D'Entremont 2003)

Moreno Feliú plantea que el racismo sigue dos modelos combinados entre sí: el modelo de la *reductio hitlerum* y la *reductio ad immigransem* (Moreno Feliú 1994).

El primero aporta la idea de la ghettización como peligro absoluto y el miedo al otro desconocido. El segundo, simplemente intenta establecer un vínculo causal entre la inmigración y el racismo, partiendo de premisas erróneas tales como situaciones objetivas del tipo crisis económica, paro o inmigración como desencadenantes de reacciones violentas en la población. El problema radica en que muchas políticas de inmigración tildadas de excluyentes, se apoyan en esta especie de vínculo causal espúreo.

El término racismo abarca el sentido más amplio, pero también existen otras formas de racismo que aluden no sólo a un individuo sino a grupos, comunidades o sociedades enteras: hablamos del racismo cultural, institucional y social.

Se empieza a hablar de racismo cultural a partir de los años 60 y 70 a raíz de los brotes de violencia en algunos países de Europa y EE.UU respecto a los inmigrantes procedentes de América Latina. La diferencia frente a las minorías étnicas tiende a establecerse a nivel simbólico, pasando incluso a ser racismo “cotidiano”. La multiculturalidad y la etnicidad pasan a ser los detonantes de la diferencia.

El racismo institucional o social expresa un comportamiento de diferenciación intencional que no se justifica expresamente por la diferencia biológica, llegando incluso a negar el basarse en ella aún cuando se hace de manera inconsciente.

2.3.4 Inmigración, género y sector laboral.

El interés por estudiar el fenómeno migratorio según el género no fue objeto de atención por parte de los investigadores hasta mediados de los años setenta, debido a la división tradicional de roles, que otorgaba un papel predominante al varón en la esfera productiva y a la mujer en la reproductiva. Por ello, vamos comenzar a plantear el marco teórico del proceso de producción de desigualdades de género a raíz del hecho social migratorio.

No sólo el género es un gran hándicap para el mercado laboral dentro de un capitalismo global, sino que aspectos étnicos se entrecruzan, en el ámbito doméstico especialmente. En él existen grandes líneas de diferenciación y de división étnica que unidas a las diferenciaciones ligadas al propio género, se potencian mutuamente.

Se trata de una construcción de la diferencia en función de género. Los significados y prácticas que sustentan esas diferencias operan como justificadores de las desigualdades, intervienen en el contexto internacional en el que tienen lugar las migraciones y también a nivel de otros procesos de diferenciación de clase social, extranjería, características culturales....

La diferencia de la mujer se evidencia como un proceso simbólico, cuya legitimidad remite al punto de vista del actor. Posiblemente han sido los estudios de género los que más han cuestionado esta visión culturalista y ahistoricista, en tanto que la construcción de la diferencia ha estado presente en todas las sociedades a lo largo de la historia.

Rosaldo fue una de las autoras que dio un giro a los estudios de género, afirmando que la desigualdad se presupone y se construye en las diferencias de género, manifestadas en la compleja realidad social y cultural (Rosaldo 1980).

Tras los primeros años del fenómeno migratorio, en que la inmensa mayoría de inmigrantes eran hombres, el movimiento se ha ido feminizando, sobre todo después de

las prohibiciones y restricciones iniciales, gracias al fenómeno de reagrupamiento familiar y a las demandas de los mercados laborales.

En muchas ocasiones, el hombre solía emigrar primero y posteriormente lo hacía la mujer y los hijos. Las razones de tipo ideológico que se asocian a esta característica de la inmigración femenina suelen ser principalmente dos: el papel del padre como sustento básico y el control por parte de la familia de la sexualidad de la mujer (Martínez Veiga 1997).

“Normalmente, la emigración que empezaba con las mujeres ocurría en casos en los que la sexualidad de la mujer estaba en una situación ambigua o en aquellos casos en los que la pobreza de la familia no permitía plantearse el problema del honor y la respetabilidad ni el control de la sexualidad femenina” (Martínez Veiga 1997:125).

Durante un primer período, solía iniciarse la red inmigrante con la salida del hombre y en un segundo lugar, emigraban las mujeres. En la actualidad el flujo está invertido. No obstante, en el caso mexicano, las migraciones a Estados Unidos han tenido un fuerte componente femenino. Lo mismo ocurre con las mujeres dominicanas hacia diversos puntos como España. En ambas suelen establecer una red de migración eminentemente femenina, cuyos puntos de relación son las hijas y hermanas imbricando una dinámica que altera en cierto modo el sistema migratorio predominante. Las migraciones a Estados Unidos han tenido lugar durante mucho más tiempo que llevan produciéndose hacia España y movilizándolo también a mayor cantidad de personas que en el caso español.

Las economías del sur de Europa, entre las que se encuentra España, son post-industriales, y por tanto, sus requerimientos a nivel de mercado laboral son muy similares a los que presentan actualmente el resto de países europeos, salvo en un aspecto: la mayor preeminencia de la economía informal y, por consiguiente, la mayor demanda de fuerza de trabajo sumergido⁴ en determinados sectores, como es el servicio doméstico y cuidado de ancianos.

Su existencia y magnitud dependen de todo lo que el Estado y sus agentes definan como *“informal”* o sumergida. La economía sumergida es una realidad políticamente construida, al igual que los segmentos formal e ilegal de la economía. Genera puestos desprotegidos, no registrados y tampoco declarados. Tanto el Estado como el sistema

⁴ La economía sumergida puede entenderse como la que se refiere a actividades de agentes económicos que no se adhieren a las normas institucionales establecidas o que no están contempladas por ellas (Castells 1996).

judicial quedan fuera, en principio, de este segmento del mercado. Así, su regulación queda asegurada por otros elementos, tales como la mutua confianza entre el empleador y el trabajador, el parentesco, los vínculos comunitarios, la pertenencia a grupos de referencia comunes, etc...El cumplimiento de todas estas normas se cumple por el control social.

Para Izquierdo, la llamada "*cultura de la legalidad*" en los mercados de trabajo donde se concentran los extranjeros no comunitarios, es difícil de plasmar y requiere una beligerancia continua contra toda forma de empleo irregular en la economía española (Izquierdo Escribano 2002). A este respecto cabe reflexionar sobre la gran contradicción que implica todo el sistema. En tanto que se exigen unos requisitos de legalidad especialmente en aquellos trabajos donde hay menor cantidad de inmigrantes, en aquellos en los que no se exige, se mira hacia otro lado, dándose la situación de irregularidad como consentida y utilizándolo como argumento para la explotación laboral y económica.

Es inevitable retomar en este punto del marco teórico algunos binomios universales relativos al trabajo de la mujer inmigrante en los entornos domésticos, tales como producción-reproducción y doméstico-público. Ambas díadas se mezclan en los sistemas de producción domésticos. La ideología familiar permite expresar las relaciones de poder en el entorno familiar, así como las creencias en torno a los sistemas de producción y reproducción.

Narotzky incide en la necesidad de crear una construcción no dualista, separando ambas dimensiones e integrando social y culturalmente las identidades de género, huyendo de la creación de diferencias y desigualdades en el mercado de trabajo (Narotzky 1995).

La división genérica del trabajo no sólo se mantiene sino que es sostenida por ideologías que reproducen la desigualdad de género. En este sentido, no se concibe por parte de la inmigración a un hombre como cuidador. Así se demuestra la persistencia de la universalidad del binomio doméstico-público y la naturalización de lo doméstico a través de la capacidad reproductiva y potencialmente cuidadora de la mujer, aspectos fuertemente criticados por diversas corrientes de la antropología del género.

Ha existido siempre una corriente tendente a asociar a los entornos domésticos toda aquella actividad que no es "*trabajo*", y fuera de él, toda aquella que sí lo es. Tanto en España como en otros países, históricamente se ha planteado lo doméstico como una especie de lugar de carácter absolutamente privado, inviolable, donde no entran extraños,

ni tampoco tiene sus competencias el Estado. Es el lugar donde se lleva a cabo el ahorro para conservar y hacer previsión de recursos que se pueden necesitar a posteriori⁵.

El trabajo doméstico es definido por Martínez Veiga como un “restringido nicho en el cual se insertan las trabajadoras inmigrantes; el servicio doméstico interno, debido a los presupuestos ideológicos sobre la división genérica del trabajo es considerado un trabajo femenino” (Martínez Veiga 1997:174).

A nivel legislativo, no fue hasta bien entrado el siglo XX cuando se empezaron a reconocer laboralmente como trabajadores a aquellos ocupados en el servicio doméstico (Martínez Veiga 1995).

La cualificación profesional no es un aspecto que, en términos generales se haya tenido en cuenta a la hora de la contratación de personas inmigrantes, debido a que en nuestra sociedad ese trabajo está naturalizado, es decir, se interpreta que para su realización no se requiere cualificación alguna, sino las habilidades que poseen todas las mujeres por el hecho de ser mujer, y por tanto, potencialmente madre y esposa.

Según Cardelús, por un lado, el término cualificación se refiere a la capacitación del individuo para la realización de una serie de tareas y, por otra, como las necesidades de la organización social y la correspondiente definición de las tareas que exige su funcionamiento. Aunque normalmente se entienda por cualificación la primera acepción, su valoración y jerarquización están determinadas implícitamente por la segunda. Podría decirse que quien posee conocimientos técnicos es cotizado en el mercado de trabajo por el sistema capitalista, cosa que en algún caso ocurre con la inmigración, pero a la vez debe tenerse en cuenta el proceso social ligado a la migración, que implica más bien todo lo contrario. El mercado de trabajo no valora todos los conocimientos de los inmigrantes y además, jerarquiza a los pocos a los que se les reconoce según los intereses del submercado donde el inmigrante trabaje (Cardelús 1979).

En la práctica habitual de las empresas, el establecimiento de una jerarquía de cualificaciones permite la división, organización y control de los trabajadores, actuando

⁵ C. Molinero ha realizado diversos estudios que abordan la figura de la mujer durante la época franquista en España, llegando a constatar hechos que presentaban elementos comunes con la situación que gran cantidad de mujeres inmigrantes viven hoy día respecto a la situación laboral y opciones de trabajo. La política franquista recogía una serie de medidas legislativas que aseguraban un “forzado” retorno de la mujer al hogar como medida de control social. Se fomentaban, de forma no manifiesta, las actividades de economía sumergida, respaldadas por una política de género que circunscribía a la mujer al entorno doméstico, y a algunos tipos de trabajo especialmente menos productivos, peor pagados y menos cualificados (uno de ellos, el servicio doméstico). Se limitaba el acceso de las mujeres al terreno laboral sin tener en cuenta si el “cabeza de familia” podía mantener las necesidades familiares (Sarasúa, Molinero 2008).

como un legitimador de la jerarquía social establecida por el capitalismo. Ahora bien, extrapolando estos principios al caso que nos ocupa, podemos preguntarnos si, a efectos laborales, se tiene en cuenta la cualificación en la inmigración. La respuesta no es muy alentadora, ya que no suele contarse con ellos para trabajos que precisen cualificación profesional. Además, existen limitaciones legislativas que impiden que las mujeres inmigrantes, en proceso de regularización, puedan ejercer otro tipo de actividad laboral distinta a la de servicio doméstico.

A pesar de la consideración del servicio doméstico como un trabajo no cualificado, es obvio que la comunicación dentro del hogar es altamente valorada, y en mayor medida, en los hogares donde las tareas que van a desempeñar dentro del hogar implican la atención de personas.

Para los trabajos que incluyen el cuidado de personas (mayores, niños, enfermos..), se demanda poseer una serie de habilidades para la relación social y afectiva y el conocimiento de la lengua, que son atribuidas a las mujeres hispanohablantes y/o blancas, creando de esta forma segmentaciones étnicas, nacionales y lingüísticas dentro del ya limitado espacio en el mercado laboral al que se permite el acceso a las mujeres inmigrantes no comunitarias (Gregorio Gil 2002).

Cuando hablamos de inserción laboral de mujeres inmigrantes en el sector secundario más feminizado y más desprestigiado socialmente de la economía, vemos cómo esta inserción se materializa en las actividades típicamente femeninas. Se fomenta una formación dirigida hacia los "*nuevos yacimientos de empleo*" vinculados a los servicios de proximidad (servicios de limpieza, cocina, cuidado de mayores..) y, frecuentemente, prescinde de la trayectoria laboral previa de las inmigrantes. Bajo esta categoría de "*servicios de proximidad*" se hace referencia, hoy día, principalmente a las actividades del sector terciario dirigidas a la reproducción de la fuerza de trabajo. Son aquellas tareas relacionadas con el mantenimiento y cuidado de las infraestructuras del hogar, mantenimiento y atención de la fuerza de trabajo presente, pasada y futura, la organización y gestión del hogar y la familia, la mediación entre la familia los servicios públicos y privados existentes, así como las tareas de representación conyugal (Torns 1995).

Este fenómeno de asociación entre el entorno doméstico y la inmigración femenina no es específico de los movimientos migratorios actuales en nuestro país, pues ya se han dado con anterioridad, por ejemplo con Estados Unidos. Lo que sí comienza a ser parte de la idiosincrasia de la inmigración femenina a España en nuestros días es la inclusión del rol de cuidador de personas mayores como parte del trabajo considerado como servicio doméstico al uso.

La inmigración es selectiva, en tanto que este fenómeno se constituye basándose en el mercado de trabajo, que en nuestro entorno está constituido de manera que ideológicamente el servicio doméstico es considerado femenino y el trabajo jornalero-agrícola, masculino. Por ello, podemos afirmar que es selectivo en tanto que todos los inmigrantes no tienen las mismas oportunidades de inserción laboral sino que vienen determinadas por gran cantidad de factores entre los que se encuentra el género.

“Las diferencias de género, raza o etnia añaden a la socialización y la preparación profesional y a las características del mercado de trabajo, nuevos criterios de división entre los trabajadores, pues a través de ellos se ejercen y legitiman prácticas discriminatorias de carácter formal e informal” (Comas D'Argemir 1995:175).

En el fenómeno migratorio que acontece en nuestro entorno, existe claramente una reproducción de las desigualdades ligadas al género tanto a nivel de trabajo productivo como reproductivo. Son las creencias y el parentesco entre otros, factores que influyen en la configuración de determinadas ideologías relacionadas con los significados y representaciones en torno al género.

“Ser mujer e inmigrante supone un gran riesgo de sufrir exclusión social, marginación y pobreza, por lo que su situación requiere especial atención, compromiso y acción por parte de la sociedad” (Moreno 2003:43).

A la mujer inmigrante se le asigna una serie de características fijas que contribuyen a invisibilizar los procesos de construcción social de la desigualdad y por tanto muestran su utilidad en el mantenimiento de ciertas relaciones de poder.

2.4 DIÁLOGO CULTURAL EN EL ÁMBITO DE LOS CUIDADOS INFORMALES DE SALUD.

2.4.1. Generalidades sobre la influencia de la interculturalidad en los cuidados informales de salud.

Partimos de la base planteada por Kleinman en la que se refería específicamente a la relación, interacción y transformación que se establece entre los sistemas médicos tradicionales y el sistema médico hegemónico o modelo biomédico para iniciar este apartado.

Existe una clara necesidad de investigar estos mecanismos de integración e hibridación en tanto que en pleno siglo XXI vivimos en el seno de una sociedad multicultural y multiétnica, donde los espacios cognitivos tradicionales de la medicina pueden tener mucho que aportar a nuestra biomedicina (Kleinman 1975). Precisamente

este hecho se materializa a través del expansivo fenómeno migratorio que estamos viviendo.

Ninguna sociedad a lo largo de la historia ha estado limitada a una sola fuente de sistemas médicos y atención a la salud; lo que ocurre en la actualidad es que este fenómeno es mucho más evidente que en otras épocas. Un gran número de terapias tradicionales y alternativas pueden proporcionar diferentes opciones terapéuticas y ofrecer grandes beneficios a los individuos, estando a disposición de la comunidad como un recurso más.

Aunque los estudios transculturales de los sistemas de atención a la salud ensalzan la naturaleza plural y diversa del cuidado a la salud de la comunidad, muy pocos de ellos han detallado el amplísimo abanico de opciones de que realmente se puede disponer (Shepherd McClain 1989).

Las estructuras cognitivas médicas tradicionales son algo más que un corpus de ideas sobre la enfermedad y sobre cómo se debe responder a la misma. Cuando nos enfrentamos a enfermedades crónicas, mentales, discapacidades, terminalidad...podemos considerar que las medidas terapéuticas, sean de un sistema médico o de otro, no son lo más importante en sentido estricto, en tanto que no es la eficacia de la terapia entendida en términos de curación lo que se persigue o consigue.

En estos casos cobra especial relevancia la eficacia simbólica⁶, refiriéndonos a la dimensión terapéutica de las estructuras cognitivas (Kleinman 1975).

Dichas estructuras cognitivas del sistema biomédico actual han resultado tener escasa eficacia terapéutica en los casos que acabamos de mencionar (personas inmovilizadas, terminales, enfermos crónicos, mentales..), que en la mayoría de los ocasiones suponen circunstancias comunes a una gran parte de las personas mayores en nuestra sociedad.

Se añaden años a la vida pero dudosamente se añade vida a los años. Este es un problema que nos hace reflexionar respecto al papel preponderante que desempeñan los cuidados profanos en las experiencias de salud, puesto que se convierten en un soporte imprescindible ligado al mantenimiento de la vida de los individuos que, aquejados de problemas de salud en su mayoría de origen degenerativo, crónico o evolutivo,... se circunscriben al ámbito doméstico-cotidiano en el seno de la familia como unidad funcional.

⁶ Término acuñado por Lévi Strauss

Se necesita del entorno doméstico porque es el ámbito donde se generan las decisiones determinantes sobre el resto de opciones asistenciales y además, es aquí donde se concretan las prácticas de salud, profanas o derivadas de una prescripción profesional, de una prescripción alternativa o de grupos de autoayuda. Es ahí donde las prácticas, en cuanto a salud, reflejan todo un conjunto de saberes conformados a raíz de múltiples aportaciones culturales y ligadas al mantenimiento de la vida.

Es, por tanto, en las sociedades occidentales donde se da actualmente un cambio de patrón a nivel epidemiológico, el cual implica un aumento de procesos crónicos especialmente asociado a situaciones de dependencia y ancianidad, ante los cuales comienza a percibirse, cada vez en mayor medida, un cierto rechazo al consumo de productos químicos y la utilización de terapias invasivas propias del modelo biomédico. En este sentido, tales características resultan predisponentes tanto a la apertura como al uso de otras formas de sanar y entender la salud, la enfermedad e incluso el proceso de morir.

Cuando no se persigue la curación con estas personas, sino afrontar la vida o la muerte de otra forma, simplemente diferente, debería reconocerse la importancia que puede suponer el análisis de lo que otros sistemas médicos nos ofrecen, y que principalmente se materializa en nuestro entorno a través de las personas que cada vez más, se encargan del cuidado de los ancianos, que forman parte de sus familias, de su entorno doméstico más íntimo y que precisamente aportan cosmovisiones, representaciones y prácticas relativas a sistemas médicos tradicionales donde la relación humana es la realidad más fundamental a abordar.

Existen grandes críticas a la deshumanización, a la calidad personal y a la insatisfacción social de la atención biomédica moderna a favor de la tecnificación, aspecto que ofrece un sólido apoyo a la viabilidad y significación de las funciones de cuidados médicos tradicionales en la sociedad moderna, especialmente en relación a los procesos terminales y de cronicidad en ancianos.

No obstante, también existe cierto resurgimiento de interés en la biomedicina por las perspectivas clínicas frente al proceso de morir, representando nuevas formas de reorganización interna que demuestran ciertas prácticas que van desde una preocupación únicamente centrada en los procesos de la enfermedad, hasta un progresivo conocimiento y atención sobre la experiencia humana de la enfermedad y los problemas de las personas enfermas y moribundas, demostrando así cierta sensibilización adaptativa ante nuevas necesidades.

Las interacciones de esas formas tradicionales de atención a la salud con las estructuras cognitivas de cuidado médico científico-moderno y conocimiento médico popular en ciertas comunidades como las chinas o la medicina hispanoamericana en Estados Unidos, continúan siendo actualmente un problema de investigación cuyos fenómenos principales identificamos también en nuestro entorno debido a la gran afluencia inmigratoria latinoamericana. El problema de investigación que planteamos no se refiere tanto a su papel como consumidores de servicios de salud (que también debe tenerse en cuenta), sino principalmente a su papel como proveedores no profesionales o cuidadores informales, tal y como venimos planteando a lo largo del marco teórico.

Se plantea por tanto, una realidad que brinda la oportunidad de una reestructuración de los sistemas de cuidados de salud modernos, de una hibridación entre diversos sistemas médicos en tanto que hablamos de una sociedad modernizada. En este sentido, no debe entenderse que el cambio que planteamos se está produciendo hacia la absorción de las formas de medicina tradicional por parte del sistema biomédico, sino que tomando como base las características de ambos, las ventajas de los sistemas tradicionales en cuanto a su aplicación en la ancianidad, y las desventajas al respecto del modelo médico hegemónico, lo que se plantea es la hibridación y la modernización enfocada hacia lo "*natural*". No obstante, es necesario tener en cuenta el papel hegemónico del sistema biomédico en nuestro entorno, de manera que toda nueva manera de entender y atender la salud, o todo aquel dispositivo que permita o plantee un pluralismo asistencial tendrá el riesgo de caer en la subalternidad frente al Modelo Médico Hegenómico. En muchas ocasiones se establece un paralelismo entre los grupos étnicos y la atención a la salud, que interviene de forma similar en las relaciones de hegemonía/subalternidad.

La socialización es siempre el proceso inicial de crecimiento dentro de una cultura y adquisición de las características del nuevo grupo. Para mucha gente que ha sido socializada dentro de una cultura tradicional o no occidental, la cultura moderna se consolida como segunda identidad cultural. Para la completa comprensión de las creencias y prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad procedentes de distintas herencias es necesario pasar de modelos lineales de procesos a patrones más complejos de interrelaciones y creencias culturales.

Es un error pensar que la modernización de la sociedad debe tender hacia lo biotecnológico en todos los sentidos; más bien lo que planteamos, según nuestro objeto de estudio, es un intercambio bidireccional, resaltando los beneficios de ambos sistemas, huyendo de los avances unidireccionales y excluyentes.

Eisenstadt ha elaborado la noción de sociedades post-tradicionales, es decir, sociedades tradicionales que se modernizan al incorporar instituciones sociales

occidentales, orientaciones cognitivas así como transformando y conservando muchos elementos de la cultura tradicional, permitiendo la continuidad y el cambio (Eisenstadt 1973).

En el caso que nos ocupa, no hablamos de sistemas médicos hispanoamericanos en su entorno sino en el nuestro, debido al fenómeno de la inmigración, aspecto que de alguna manera, está suponiendo un cambio social y cultural para ellos y para nosotros, con una modernización en todos los sentidos. La adaptación mutua en el camino de la modernización pasa por la hibridación y por una reestructuración simbiótica, permitiéndonos estudiar las transferencias, traducciones y transformaciones que tienen lugar en nuestro contexto sociocultural actual, salpicada de encuentros y desencuentros en el marco de un diálogo cultural.

Según Logan, dado el limitado papel de la medicina científica en la sociedad, elementos de la medicina tradicional no dudarán en persistir en todas partes; si lo hacen en Europa y Estados Unidos durante tanto tiempo se debe a la poca seguridad de los medicamentos y a la ineficacia técnica en alivio del dolor o garantía de la curación (Logan, Hunt 1978).

Por otro lado, en relación a los pacientes terminales, el aparente fallo de la Medicina moderna, puede ensalzar la posición de la medicina tradicional en el entorno de la comunidad mientras se desacredita su "*competidor*"; especialmente se establecen relaciones de competencia en los entornos urbanos (Landy 1977).

Cada grupo inmigrante trae consigo actitudes diferentes hacia la enfermedad, la salud y los cuidados de salud, e incluso dentro de un mismo grupo, las creencias y prácticas varían, de manera que el conflicto cultural está servido, o la posibilidad de diálogo. Las diferencias culturales pueden distanciarnos y alienarnos, pero también pueden enriquecernos.

Los cuidadores y, en general, los sistemas de atención a la salud están respondiendo a las situaciones de cambio social de muchas formas, y las consecuencias no siempre son negativas ni destructivas, de manera que se ofrecen nuevas oportunidades ante el cuidado de la salud donde los sistemas tradicionales y las respuestas personales se adaptan frecuentemente de forma innovadora (Landy 1977).

Rivers ya advirtió que en un lugar determinado las prácticas médicas son autóctonas, en otro están importadas y modificadas (Rivers 1924 en Ackerknecht 1985). Benedict pensaba que el motivo de la explicación de Rivers era muy obvio, ya que la unidad sociológica significativa no es la institución sino la configuración cultural (Benedict, 1934:2 en Ackerknecht 1985:75); así, ambos autores considerados clásicos en

Antropología, apoyan la idea centrada en que la medicina y los sistemas de atención a la salud en ningún lugar son independientes, ni siguen sus propias motivaciones en tanto que su dinamismo depende del lugar que ocupa dentro de cada modelo cultural, variando en función del mismo.

Menéndez, a su vez, ratificaba lo expuesto aduciendo que todo ello permite describir lo obvio y recuperar como instancia explicativa la forma de ser de una cultura dada (Menéndez 2002).

Para ilustrar un poco más la idea de los cambios en los sistemas de atención a la salud en función del cambio cultural, tomaremos el concepto que Goode lanzaba en 1960: la idea del "*rol de adaptación*" aunque fue desarrollado por Landy posteriormente. Según este concepto, los cuidadores/curadores tradicionales bajo la influencia de la aculturación y ante el impacto de la medicina occidental, dan pie al surgimiento de otros modelos de estudio (para diversos roles curativos como el adaptativo, atenuado y emergente) del escenario social sometido a cambio cultural (Landy 1977). Así, con la teoría del rol de adaptación se provee de cierta formulación teórica aplicable en el análisis de situaciones altamente heterogéneas bajo la influencia del intercambio cultural y con marcados contrastes sociales ("*lo occidental*" y "*lo tradicional*").

La práctica del cuidado repercute en todos estos aspectos conformadores: personales, familiares, de relación y roles, sociales,...del ser humano y redimensiona la acción de cuidar desde una perspectiva humanística y antropológica.

Se necesita un modelo propio, marcado interculturalmente pero con cierta flexibilidad metodológica y basado en la comprensión e interpretación de los hechos individuales de cada sujeto. Se precisa un modelo operacional en términos de autonomía, como aludía Illich (al referirse al concepto de salud) con "*capacidad de adaptarse a ambientes cambiantes*" dentro de una actuación en un contexto social amplio, marcado todo ello y adaptado a los códigos culturales de un grupo, de su entorno y de su historia (Illich, I. en (Valle Racero 2000).

En el contexto del cuidado, es lógico esperar distintos grados de adhesión e interiorización de estas transformaciones socioculturales por parte de los cuidadores que impliquen diferencias en sus pautas de relaciones familiares y, consecuentemente, en sus estilos de afrontamiento del cuidado de los familiares mayores dependientes (Losada, Knight & Márquez 2003).

La comparación de las experiencias de cuidadores pertenecientes a diferentes culturas puede aumentar el conocimiento teórico del proceso del cuidado al permitir

distinguir sus componentes universales de los que se ven mediados por las normas, las expectativas o las experiencias de un grupo cultural determinado (Patterson 1998).

También pueden existir influencias intraculturales, y de hecho existen diversos estudios sobre la forma en que éstas pueden determinar el proceso del cuidado, tomando como base la diferencia intracultural en la forma de pensar de individuos de la misma cultura. Las diferencias intraculturales permiten explorar cómo los distintos grados de adherencia a las normas y valores tradicionales por parte de las personas de una cultura concreta pueden modular ciertas variables de resultado, tales como el estrés del cuidador o mediadoras como las estrategias de afrontamiento.

Por ejemplo, dentro del proceso de aculturación de la población hispana residente en Estados Unidos, se ha observado que se da una menor adherencia a los valores tradicionales, incluyendo la responsabilidad familiar del cuidado, y por tanto, menor presencia de barreras psicológicas personales de los cuidadores a la hora de buscar y utilizar servicios externos para sus familiares con demencia (Cox, Monk 1993). Sin embargo, en otros contextos no observaríamos las mismas creencias y prácticas, de modo que dicho fenómeno debe entenderse como producto de la influencia de variables asociadas al nuevo entorno de vida o a diferencias intraculturales.

Los grupos de pertenencia marcan pautas y determinan creencias y concepciones que se traducen en conductas que desde un punto de vista etnocentrista catalogamos como favorables o desfavorables para la salud, las cuales generan respuestas singulares.

En este sentido, la American Nurses Association (ANA), reconoce su importancia y propone una serie de estrategias para que desde la enfermería se propicie la inclusión y participación de las cuidadoras en las redes sociales (Francisco del Rey 2006).

La concepción de la salud como instrumento, así como las conductas de negación u ocultación de la enfermedad pueden ilustrarse a través del ejemplo que suponen los miembros del colectivo ecuatoriano en España, siendo ambas un elemento común a todos ellos (Las Heras-Mosteiro, Otero Puime & Gallardo-Pino 2008).

En el centro del proceso, quien realmente se sitúa ahora no es el propio anciano, sino los cuidadores, inmigrantes en la mayoría de casos y familiares en otros, siendo ellos los actores cuyo punto de vista debemos resaltar para entender su lógica como modelo de acercamiento a la realidad, así como sus necesidades sentidas (no reconocidas institucionalmente).

Una relación intercultural es el fruto de un ajuste de actitudes de una y otra parte que no enfrenta ejemplares intercambiables de diferentes culturas, sino individuos que

tienen una imagen del otro, y modulan sus respectivos comportamientos en función de esta imagen, y de lo que quieren preservar de sí mismos (McLean, Anderson 1998).

La sociedad influye y moldea la forma de pensar, de actuar y de sentir de una persona, no teniendo a priori, consecuencias negativas. No obstante, a veces se generan situaciones de conflicto cuando el individuo, para cubrir todas las expectativas y demandas asociadas al desempeño de un rol concreto, como pueda ser el de cuidador, se ve abocado a comportarse contra lo que realmente desea o lo que se espera social o culturalmente.

Merece especial atención resaltar en este contexto el carácter holista, unitario o total de muchas de las medicinas tradicionales; esta forma particular de entender la integración de todas las dimensiones de la persona es muy característico de las medicinas tradicionales, teniéndose en cuenta desde el principio del proceso salud/enfermedad/atención hasta el final, ofreciendo indudables ventajas terapéuticas en tanto que la enfermedad es un proceso de desintegración a todos los niveles (Ackerknecht 1985).

Aunque la biomedicina también se concibe en el plano teórico desde un supuesto punto de vista holístico, la realidad y las críticas revelan lo contrario, de manera que cierta conjunción de ambos sistemas médicos, tradicional y biomédico, pueden favorecer un abordaje realmente completo y holista, aspecto a favor de la interculturalidad y del pluralismo asistencial en consecuencia.

La visión holística de la salud recoge muchas características de las medicinas populares latinoamericanas, como las alusiones a estados de armonía o equilibrio, la visión integral de la salud o la unicidad del ser (Foster, Anderson 1978).

En este sentido cabe destacar que “la elección de la medicina holística no es nunca una preferencia aislada, independientemente de los demás valores que sustenta el paciente”; [...] los adeptos de una medicina complementaria no tienen necesariamente que aglutinarse para reprocharle a la moderna sociedad industrial su violencia y sus guerras agresivas; simplemente pueden desaprobador de manera tácita las desigualdades sociales, la distribución no equitativa de la riqueza y los ingresos; pueden deplorar privadamente la destrucción de formas sociales anteriores más igualitarias y alabar las tradiciones de épocas más pacíficas” (Douglas 1998:167).

Según esta perspectiva, cada tipo cultural está en conflicto con los demás y no puede marcarse una línea divisoria entre la conducta simbólica y el resto; todo es simbólico y todo forma parte del compromiso: así, según Douglas, el mismo análisis que

se aplica a la elección entre religiones puede aplicarse a la elección de alimentos y de métodos médicos.

Todas estas proposiciones vienen a sustentar este apartado del marco teórico en tanto que defienden la posibilidad de nuevas perspectivas en los sistemas de curación y atención a la salud a raíz del cambio cultural basadas en la complementariedad, generando nuevas creencias y prácticas que, a través del rol de adaptación y del diálogo cultural, reflejan hibridación y cierto pluralismo asistencial en pos de la eficacia terapéutica, así como del bienestar de la persona en última instancia, y siempre desde una concepción holística del ser humano.

2.4.2. Diálogo cultural: encuentros y desencuentros

La cultura está en todas partes; la tienen los inmigrantes, las empresas, los jóvenes, las mujeres, los hombres...con versiones personalizadas. Cuando esas versiones se encuentran, Hannerz habla de "*colisión cultural*" o "*choque cultural*" (Hannerz 1996).

Según este postulado, surge así la oportunidad de establecer un diálogo cultural donde se plantee una dialéctica que estreche los lazos entre diferentes sistemas médicos utilizando como base los sistemas cognitivos que ya había en un entorno sociocultural determinado, siendo una opción que puede suponer muchos beneficios para las personas objeto de cuidados y una inigualable oportunidad tanto de enriquecimiento cultural como de crecimiento personal. El diálogo cultural no sólo se establece entre diversos sistemas médicos, sino también entre diferentes concepciones culturales, distintos valores y creencias, es decir, entre distintos sistemas cognitivos. Pero a la vez que surge el diálogo cultural, también aparece la posibilidad de darse cierto nivel de conflicto cultural.

Hunter describe el conflicto cultural como el acontecimiento que ocurre cuando se da una polarización entre dos grupos y las diferencias se intensifican por la manera en que son percibidas. Las dificultades se basan en el control de los símbolos culturales (Hunter 1994).

En el área de los cuidados de salud, el conflicto se daría entre aquellos que participan activamente en prácticas de su herencia etnocultural, y aquellos que evolucionan y dan respuesta a los problemas de salud por medio de la ciencia y la tecnología actuales (Spector 2002).

El conflicto cultural forma parte de la explicación de la preferencia de un individuo por la medicina tradicional o la biomedicina. Cabe esperar que la gente que expresa una profunda preferencia por la medicina holística tenga una actitud negativa respecto de la

cultura a la que corresponde el otro tipo de medicina. Si esas personas eligen una medicina más moderada y más espiritual, seguramente harán el mismo tipo de elecciones en otros contextos diferentes de la medicina, como el régimen alimenticio o la ecología.

No obstante, tras la justificación del diálogo/conflicto cultural subyace la evidencia de que determinados valores y prácticas son fácilmente transferidos de una cultura a otra, siendo los que tienen mayor consonancia con la ideología y los comportamientos estándar de la cultura de acogida (Landy 1977).

Los planteamientos de Menéndez no son optimistas frente a la tesis que aquí planteamos a favor de la interculturalidad, ya que parten de la base de que los sujetos pertenecientes a culturas diferentes desarrollan representaciones y prácticas distintas que reducen la posibilidad de una relación complementaria. Menéndez entiende así las relaciones interculturales, en términos de "*malas condiciones*" de comunicación cultural, las cuales hay que modificar para posibilitar una mejor interrelación (Menéndez 2006).

Se asume que hay representaciones y prácticas diferentes, especialmente entre grupos étnicos distintos respecto a toda una variedad de procesos, y tales diferencias promueven la necesidad de cierta convergencia entre las representaciones y prácticas que utilizan, siendo origen tanto de diálogo como de conflicto cultural (el racismo sigue constituyendo un fuerte componente en las relaciones de hegemonía/subalternidad que operan a nivel de dimensiones tanto sociales como culturales).

A este respecto, Landy, aunque defendía la complementariedad, hablaba de coexistencia marginal de roles en la atención a la salud (Landy 1977).

Sin embargo, Uribe considera que en realidad no se dan tantos choques porque no hay realmente tantas personas de otras culturas entre nosotros, ni su incorporación ha sido tan brusca y repentina como se hace ver (Uribe Oyarbide 2006). En este sentido, se señala la falta de habilidad por parte de la sociedad receptora a la hora de articular o entender las relaciones entre diferentes modelos culturales, o entre diferentes formas de pensar o hacer las cosas como elemento generador de ciertos choques y desencuentros pero que realmente quizá no sean tales. Ante estos planteamientos, Uribe resalta el peligro de caer en el extremo contrario, es decir, el culturalismo, sobredimensionando la cultura, hecho que no estaría exento de efectos perversos en la sociedad.

El diálogo intercultural es uno de los mayores retos del mundo contemporáneo: ya no se puede vivir en el aislamiento ni geográfico ni cultural, ni tampoco, por otro lado, se dispone todavía de suficiente práctica en el ejercicio del diálogo. Así, en un entorno caracterizado por las tendencias globalizadoras, la interculturalidad se vive a mitad de

camino entre la oportunidad de cambio y el mantenimiento de formas culturales, oscilando entre estos dos extremos en mayor o menor medida.

2.4.3. Dificultades terminológicas ante el fenómeno del pluralismo asistencial

Es en este contexto donde comienzan a cobrar especial relevancia las medicinas alternativas, complementarias y tradicionales. El primer escollo que nos encontramos al abordar este tema son los problemas terminológicos y conceptuales acerca de éstas. No podemos conocer la prevalencia, motivaciones ni patrones de uso de estas medicinas si no sabemos a qué nos referimos, pues los límites terminológicos son difusos.

Intentamos delimitar conceptualmente los diferentes modos de entender y atender la salud con la finalidad de clarificar ideas para plantear que el diálogo cultural surgido en el entorno doméstico de cuidados a raíz de la inmigración, es un hecho que favorece y propicia el cambio en las prácticas informales de atención a la salud. Éstas tienden a modificarse, hibridarse y adaptarse al tratarse de un aspecto más de la cultura popular, susceptible de cambio a raíz del encuentro cultural. Así, las medicinas tradicionales pueden empezar a concebirse en las unidades domésticas de cuidado informal, al menos como un sistema complementario de atención a la salud; este hecho supone un cambio en la cosmovisión de los cuidadores, que supondría un acercamiento hacia los sistemas médicos integrados o un verdadero pluralismo asistencial, protagonizado principalmente por mujeres.

En un intento de estructuración, clarificación y organización de dichas terapias, Perdiguero las aborda considerándolas etiquetas que encierran tanto formas de sanar milenarias como tradiciones doctrinales bien establecidas como modas pasajeras, además de otras muchas formas tradicionales de entender la salud y la enfermedad que, sin tener un corpus doctrinal rígido, también se encuentran arraigadas en las comunidades en las que cumplen su función (Perdiguero Gil 2006).

Lo que tienen en común las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias es el uso de métodos tradicionales principalmente, basándose en sus propias experiencias y observaciones (empirismo). Hay también sistemas holísticos de medicina tradicional que no sólo están basados en conocimientos derivados de la observación, sino en teorías bien documentadas sobre las causas del deterioro de la salud, como la medicina tradicional china o la ayurveda hindú.

Todos los sistemas y prácticas de atención a la salud que no se encuentran incluidas dentro del sistema sanitario de un país (enfoque biomédico o medicina convencional), se consideran medicinas complementarias (complemento a la biomedicina) o alternativas

(otra opción diferente a la biomedicina). Esta sencilla clasificación es una de las más utilizadas internacionalmente [National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) 2007].

Por otro lado encontramos el concepto de medicina popular, el cual designa, según Kuschick, una serie de ideas y prácticas médicas con un trasfondo mágico, religioso y natural (empírico) (Kuschick 1995b). A diferencia de la biomedicina, la medicina popular es parte de las tradiciones transmitidas relativas a concepciones de la enfermedad y posibilidades de atención a la salud, pero no comparable con el curanderismo. El empleo del adjetivo “*popular*”, implica que la medicina popular sea parte de la cultura popular. Así, esa capacidad de cambio, de adaptación propia de la cultura, impregna esta concepción sobre la salud. Las formas actuales de las prácticas y las concepciones de la medicina popular se deben, en buena parte, a las características socioculturales de cada sociedad.

Cabe recordar que buena parte de las tareas de la medicina popular, especialmente la medicina preventiva, ha nacido de prácticas culturales, las cuales, aunque están orientadas hacia diferentes propósitos sociales, tienen importantes implicaciones funcionales. Ha existido históricamente en todas las sociedades hasta la actualidad, y en cada una, es el resultado de la asimilación de elementos procedentes de las culturas con las que ha convivido a lo largo del tiempo hasta la actualidad, estando en continuo cambio y transformación. En dichos cambios también influye el contacto con otros sistemas médicos, aspecto que favorece la complementariedad y la integración, tal y como planteábamos al principio de este apartado.

El marco conceptual inductivo epistemológico de la medicina popular es esencialmente similar en estructura al de la biomedicina; más a menudo que en la biomedicina, las proposiciones teóricas que subyacen tras predicciones de este tipo de medicina coinciden en gran medida a nivel de funcionalidad en relación al fenómeno en cuestión.

La práctica de la medicina popular está institucionalizada de muy diversas formas. En todas las sociedades, cierto rudimentario conocimiento médico es un aspecto propio de la enculturación (Logan 1978).

De ahora en adelante nos referiremos a todas ellas con el término “*medicina tradicional*”, que aún sin ser completo y existiendo matices que escapan a su capacidad descriptora sobre ese conjunto de prácticas, es el que más se aproxima.

Al margen de los problemas terminológicos, el uso de la medicina tradicional y su importancia al utilizar una perspectiva intercultural para entender la existencia de

diferentes sistemas médicos es un hecho especialmente destacable. Ningún sistema, en teoría, está reñido con otro, siendo todos complementarios en un principio.

La OMS, desde 1978, defiende la integración de ambos sistemas médicos a través de un Programa de Medicina Tradicional, aún reconociendo que existen diferencias fundamentales entre los conceptos de vida, salud y enfermedad propuestos por la medicina popular y la biomedicina (Velimirovic 1990).

Según la OMS, en su Estrategia sobre medicina tradicional (2002-2005), en el que ha pretendido adoptar una visión amplia respecto al pluralismo asistencial, conceptualiza la medicina tradicional como “[...] un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas de medicina tradicional como por ejemplo la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe, y a las diversas formas de medicina indígena. Las terapias de la medicina tradicional incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas con base de hierbas, partes de animales y/o minerales, y terapias sin medicación, si se realizan principalmente sin el uso de medicación, como en el caso de la acupuntura, las terapias manuales y las terapias espirituales [...]” (OMS, 2002 en (Perdiguero Gil 2006)

Recientemente, la OMS también ha ratificado la Declaración de Beijing sobre Medicina Tradicional, en la que proclama que “*el conocimiento de la Medicina, los tratamientos y las prácticas tradicionales se deben respetar, conservar, promover y comunicar amplia y apropiadamente sobre la base de las circunstancias de cada país*” (OMS 2010). Esta iniciativa es una forma de respaldar institucionalmente la apertura al conocimiento y práctica de la medicina tradicional en coexistencia con la Biomedicina. Se trata de proponer que la medicina tradicional esté disponible y asequible, asegurando un uso racional.

El acercamiento intercultural entre las diferentes concepciones de salud y sistemas médicos, elimina barreras etnocentristas y posiciones hegemónicas, favoreciendo el fenómeno del pluralismo asistencial.

2.4.4 Contextos de interculturalidad-mestizaje cultural

El entorno doméstico es el escenario social donde mayoritariamente acontece el diálogo cultural, y a su vez, es el contexto natural de convivencia de las familias. Ahora bien, precisamente las diferentes concepciones de la familia por parte de los cuidadores inmigrantes y los cuidadores familiares puede ser uno de los puntos a tener en cuenta en este diálogo cultural que se establece.

En lo doméstico se dan gran cantidad de oportunidades para el *“mestizaje”* en tanto que permite volvernos ciertamente más sensibles a las características de la historia cultural de nuestros días. En oposición a la corriente de pensamiento cultural amplia y largamente establecida sobre la homogeneidad y delimitación de las culturas, la idea del mestizaje sugiere que la mezcla cultural no es una desviación ni una opción cultural de segunda clase a modo de mezcolanza o pastiche, sino todo lo contrario, ofreciendo una posibilidad y una esperanza a la diversidad cultural dentro de un ecúmene global.

Para comprender mejor el mestizaje cultural es conveniente rescatar las palabras de Redfield sobre lo universalmente humano y los culturalmente variable, ya que en mitad de estos dos extremos se da el proceso cultural del que hablamos. Así, él denominaba *“grupo cultural”* a la categoría intermedia entre *“individual”* y *“universal”* (Redfield 1962). La parte que cobra especial relevancia en el estudio del mestizaje cultural es esa diferencia entre las cualidades que los seres humanos pueden adquirir en todas las partes del mundo, (en cualquier momento a medida que viven unas vidas que universalmente pasan por circunstancias parecidas) y aquello que diferencia a los grupos humanos, siendo potencialmente transmisible, modificable y asimilable. Cabe tener en cuenta que lo cultural no es siempre lo diferente, en tanto que existe una parte cultural que podríamos denominar *“universal”*.

Observamos pues, que la cultura es común y específica a la vez, pudiendo parecer una afirmación contradictoria; por atrevido que pueda parecer, encontramos cierto paralelismo entre la cultura y la energía: se transmite; no se crea ni se destruye, sólo se transforma.

Así, el ser humano, a través de su participación en la vida social, adquiere modos de pensamiento y acción que se vuelven socialmente organizados, e independientemente de que los comparta con otras personas de su grupo, su cultura experimentará una constante reformulación (también a nivel individual), dependiendo del marco sociocultural donde se encuentre.

El aspecto universal de la cultura que concibe Redfield difiere del de Sahlins. Mientras que el primero lo concibe, tal como hemos señalado en párrafos anteriores,

como un elemento común a todas ellas, lo que Sahlins promulga es la formación de un sistema mundial de culturas o una cultura de culturas (por ejemplo, metacultura de la modernidad, metacultura de la diversidad) a raíz de las transformaciones históricas. ¿Elemento común o unificación de elementos diversos en uno solo? Puede entenderse de cualquiera de las dos maneras en el ecúmene global; en la clásica díada local-global, reflejando la controversia que sigue existiendo respecto al concepto de cultura.

Así, Hannerz se reafirma en la necesidad de investigar los dos fenómenos que siguen ocurriendo simultáneamente, tales como la apertura y la variación (Hannerz 1996).

Hannerz considera que existen cuatro marcos de organización de cara a analizar las formas de producción y circulación de los significados en las relaciones sociales y en el proceso cultural; éstos son la forma de vida, el Estado, el mercado y el movimiento (Hannerz 1996)

El primero de ellos, la forma de vida, abarca en gran medida el escenario doméstico, al cual aludimos en el párrafo anterior debido a la oportunidad que brinda para el mestizaje (lugar donde se centra la acción de nuestro problema de estudio) y cuyo interés resaltamos dada la importancia que presenta en relación al fenómeno a estudiar.

Nos apoyamos, por tanto, en los argumentos de Hannerz para resaltar este marco en la creación de diálogo cultural y punto de encuentro para el mestizaje. El flujo cultural dentro de este marco está siempre presente (encuentro cuidador inmigrante-anciano y familia autóctona), existiendo cierta cooperación por parte de todos en la vida cotidiana. Mientras estamos unos con otros, nos observamos y escuchamos comentarios corrientes de la vida diaria, recibiendo el flujo cultural del marco forma de vida. Es la circulación de significado más común y característica del espacio doméstico, de los lugares de trabajo, el vecindario y sitios similares; a menudo se convierte en rutina porque es el resultado de la adaptación práctica de circunstancias que se repiten. No sólo es el marco donde tienen lugar las relaciones de mayor calado a nivel personal, sino también encuentros menos reglados con personas menos conocidas.

El marco constituido por la forma de vida continúa teniendo una importancia fundamental como escenario clásico de trabajo de campo para el antropólogo. Es un subproducto de la comunicación no muy intencionada de la vida, no centralizado, espontáneo, organizado de forma principalmente simétrica, en el sentido que todos estamos por igual en ambos lados, tanto producir como consumir, enviar o recibir activamente elementos y significados del proceso cultural. Si bien la distribución de los marcos en los que estamos inmersos va cambiando con el paso del tiempo, éste suele brindar una oportunidad inicial de gran importancia.

“El estilo de vida es un marco interpretativo que facilita la adaptación creativa” (Kuper 2001:271).

Este marco se considera que tiene una destacada importancia en comparación a los demás en tanto que llena en mayor medida el continuum cultural mestizo. El mercado cultural se segmenta por medio de las relaciones que establece con la diversidad, incluida en el marco que constituye la forma de vida, lo que también ocurre del mismo modo con una parte esencial del continuum mestizo. Así, el marco *“forma de vida”* es muy importante en ambos sentidos, como una fuente de elasticidad cultural y de innovación cultural en el proceso de mestizaje de las periferias.

Existen ciertas críticas respecto a este marco, tales como que constituya un refugio demasiado cómodo para una serie de ideas desfasadas o dudosas y que se perciba este marco como un pozo sin fondo, atemporal e inalterable respecto a la tradición cultural, como una garantía absoluta de que siempre podremos contar con lo exótico.

Para Hannerz, si aceptamos la consistencia y redundancia del flujo cultural que se produce dentro de este marco, se convierte en un factor primordial en el equilibrio cultural general, sin olvidar que este marco también continúa cambiando debido a múltiples factores entre los que se encuentra la globalización (Hannerz 1996).

A los autóctonos también les ocurre, evidentemente, el mismo proceso de mestizaje cultural dentro de este marco, dándose en cualquier entorno, ya sea laboral, familiar, doméstico o de vivienda.

Kleinman destacaba la importancia del entorno doméstico al considerar que el enfermo utiliza uno o varios sectores de atención a la salud (popular, profesional y folk), situándose en el centro de una *“red terapéutica”* en la que la importancia de los consejos y opiniones del ámbito doméstico sería decisiva (Kleinman 1980).

El Estado constituye el segundo marco, que hace referencia al flujo de significado entre el aparato estatal y las personas definidas como sujetos/ciudadanos. Este flujo será organizado de manera más deliberada y asimétrica que el anterior, ya que está mediado por diversas instituciones como las escuelas, los medios de comunicación, etc..

Cuando el estado tiene que enfrentarse con el multiculturalismo, muchas veces parece que se siente desconcertado tanto en lo intelectual como en lo que se refiere a organización. Necesitamos de otras herramientas conceptuales para entender cómo se genera el modelo del mestizaje, para asimilar que lo múltiple, complejo, ambiguo o diverso también tiene una organización social.

El mercado es el siguiente marco del proceso cultural que comentaremos. Abarca la cultura de los bienes y productos. La organización de la producción y distribución cultural es muy premeditada y asimétrica. Si el marco de la forma de vida existe dondequiera que haya seres humanos reunidos, también el estado y el mercado se ocupan de la gestión cultural. En la actualidad, el mercado convierte más cultura en productos y al mismo tiempo hace los productos más culturales.

Este marco es aparentemente más flexible en el centro que en la periferia. Debido al proceso cultural propio de la periferia, cuando los recién llegados se introducen en el centro, ya son mestizos, pasando por un nuevo proceso de mestizaje en el nuevo entorno.

Existe una negociación constante entre los marcos anteriores, influyendo enormemente entre sí a nivel de significados, especialmente sobre la forma de vida a largo plazo.

Puede que el pensamiento social y cultural actual acerca de la globalización ha estado tan preocupado por el papel que ejercen el mercado y el estado que no ha observado ni reflexionado realmente sobre la proliferación de vínculos transnacionales dentro del marco forma de vida y sobre la importancia específica que han ido adquiriendo.

El último marco a tener en cuenta en este proceso es el movimiento que implica un manejo del significado sumamente intencionado y a menudo descentralizado entre los aculturados, enculturados y los que todavía no lo están.

Éste último tal vez no sea tan clave como los anteriores para la comprensión del mestizaje cultural contemporáneo.

Estos marcos ayudan al análisis y al manejo de significados y formas significativas en el proceso cultural del mestizaje, sin olvidar que existen muchos y diferentes agentes y factores (por ejemplo, espaciales y temporales) que intervienen en el mismo.

La esencia de la cultura mestiza, según Hannerz, radica en *“una combinación de la diversidad, interconexión e innovación, en el contexto de las relaciones globales centro-periferia”* (Hannerz 1996:114).

La diversidad en cuestión implica una confluencia más bien reciente de tradiciones independientes y bastante diferentes que, en el contexto global, más bien quiere decir que esas tradiciones tienen sus raíces históricas en continentes diferentes. Es preciso indicar que esto no significa que esas corrientes culturales que antes estaban separadas fueran en sí mismas homogéneas o puras, sino que es necesaria cierta apertura para este período de mestizaje.

Para Hannerz, es típico que la interacción adopte la forma de un espectro relativamente continuo de significados y formas significativas interactivas, que a lo largo de ese espectro se representan de manera visible y activa las diversas fuentes históricas de la cultura que intervienen. Se establece una especie de continuum cultural que va desde una cultura con escasas ambigüedades a formas culturales con mayor variedad, existiendo entre medias gran variedad de mezclas.

La redistribución de la cultura en el espacio y entre los hábitats de significado, no es únicamente un juego en el que unos ganan y otros pierden en el escenario global, sino una batalla por la supervivencia entre entidades existentes, ya que cuando se entremezclan las viejas corrientes de significado y las formas simbólicas que anteriormente estaban más diferenciadas, también entonces cobra vida la nueva cultura.

La idea de continuum cultural mestizo es preciso entenderla como una aproximación a una nueva construcción cultural. Los procesos culturales de mestizaje no son simplemente una cuestión de presión constante desde el centro a la periferia, sino una interacción más creativa, donde las personas viven situaciones diferentes, mezclándose y observándose unos a otros.

El continuum mestizo no es un mero cambio cultural por “goteo”, sino que en cierto modo, también se produce una apropiación de ideologías procedentes de otros campos. Dicha creación cultural adquiere forma en función de las personas que intervienen como portadores culturales, siendo un proceso realmente complejo, aunque aquí lo simplificamos con la finalidad de describirlo.

La confluencia de distintos flujos de significado lleva a una proceso de generación y creación cultural. El continuum de mestizaje supone una oportunidad para la creación aún asumiendo el riesgo de la pérdida de la diversidad cultural. Lévi Strauss defendía dicha posición a través de estas palabras:

“Toda creación verdadera implica en cierto modo hacer oídos sordos al atractivo de otros valores, hasta el punto de que si no los niega totalmente, sí los rechaza. Porque uno no puede disfrutar plenamente del otro, identificarse con él, y al mismo tiempo continuar siendo diferente. Cuando se logra plenamente la comunicación integral con el otro, tarde o temprano esa plenitud afecta fatalmente tanto a la creatividad del otro como a la mía. Las grandes épocas creativas han sido aquellas en las que la comunicación entre colegas distantes ha pasado a ser la adecuada para que se produzca la estimulación mutua; pero esa comunicación no ocurría con la frecuencia o la rapidez que ponen en peligro los obstáculos indispensables entre los individuos y grupos, o que los lleva a una situación en la que los intercambios excesivamente fáciles uniforman o anulan su respectiva diversidad” (Lévi-Strauss 1985:24).

Así, según sus planteamientos, la medida de la uniformidad humana es la capacidad compartida de aprender y asimilar; por ello, los grandes avances históricos se han dado en distintas partes del mundo.

Todas las culturas son “multiculturales”; “todas las culturas son el resultado de un batiburrillo de mezcolanzas y préstamo que ha venido ocurriendo desde el principio de los tiempos, aunque con ritmos diferentes” (Lévi-Strauss 1985:330)

No obstante, muchos autores como Keesing o Kuper consideran que la experiencia de pasar de un contexto cultural a otro no incrementa necesariamente el sentimiento de diferencia (Kuper 2001).

La cultura mestiza también se encuentra amenazada por el fantasma de la desigualdad. El hecho de que la diversidad pueda generar desigualdad es un potencial problema en el establecimiento de este continuum, así como también la utilización de ese nuevo proceso cultural para representar conflictos y resistencias, sea a nivel interno o transnacional.

Frente a todos los argumentos explicativos expuestos acerca del mestizaje cultural y del diálogo intercultural, cabe plantearse también el derecho a la salvaguarda de la herencia cultural o de la diversidad cultural simplemente por una cuestión de respeto a la misma. Esta salvaguarda puede partir de un criterio simplemente de apego a lo vivido, pero puede ser entendido como una resistencia. Por ello, una premisa básica respecto a la seguridad de la supervivencia cultural es que debe estar respaldada por el derecho a la propia cultura, aspecto que puede resultar polémico en el movimiento de la globalización en general, dependiendo además, de la situación de cada país, región o comunidad.

2.4.5 Elementos teóricos para valorar la consistencia hereditaria o consistencia cultural a través del cuidado informal.

El concepto de “consistencia hereditaria” o “consistencia cultural” fue desarrollado por Estes y Zitzow, en 1980, para describir hasta qué grado el estilo de vida de un individuo refleja su cultura tradicional. La teoría se ha ampliado para abarcar las diferentes culturas europeas, asiáticas, africanas o americanas. Los valores que indican consistencia hereditaria existen en un continuum, de manera que una misma persona puede poseer características tanto de herencia consistente (tradicional) como inconsistente (culturizada) (Spector 2002). Según este planteamiento, la consistencia hereditaria no es excluyente con respecto a la culturización y mezcla cultural, pudiendo darse una, otra o ambas circunstancias simultáneamente, teniendo en cuenta la influencia que ejercen algunos determinantes como los antecedentes étnicos, culturales y religiosos de la persona.

Esa capacidad es ampliamente demostrada por inmigrantes y refugiados principalmente, dadas las circunstancias que se les presentan, así como las oportunidades de adaptación sin olvidar sus orígenes. Saben lo que están haciendo, enseñan tácticas a los recién llegados y se comunican con la familia en su lugar de origen para transmitir sus experiencias. Los inmigrantes pueden aprender a comprender, controlar e incluso manipular los discursos dominantes acerca de la cultura. El éxito depende, en algunos casos de aprender una lengua, afirmar intereses comunes y captar similitudes, al tiempo que aprenden a reconocer dónde radican las diferencias más evidentes y qué significan, ya sea para minimizarlas o enfrentarse a ellas (Kuper 2001).

Según R. Spector, la finalidad y aplicación de este modelo consiste en que el investigador podrá determinar las diferencias inter e intraculturales de los grupos respecto a una herencia dada y también ante creencias y prácticas tradicionales de salud (Spector 2002). Spector ha seguido las líneas de investigación que un día abrió Leininger acerca de los cuidados culturales

Así, la consistencia hereditaria tradicional y la naturaleza hereditaria inconsciente se caracterizan por tener un conjunto de valores, creencias y prácticas de salud. Los ámbitos en que esto se refleja son : el cultural, étnico y religioso.

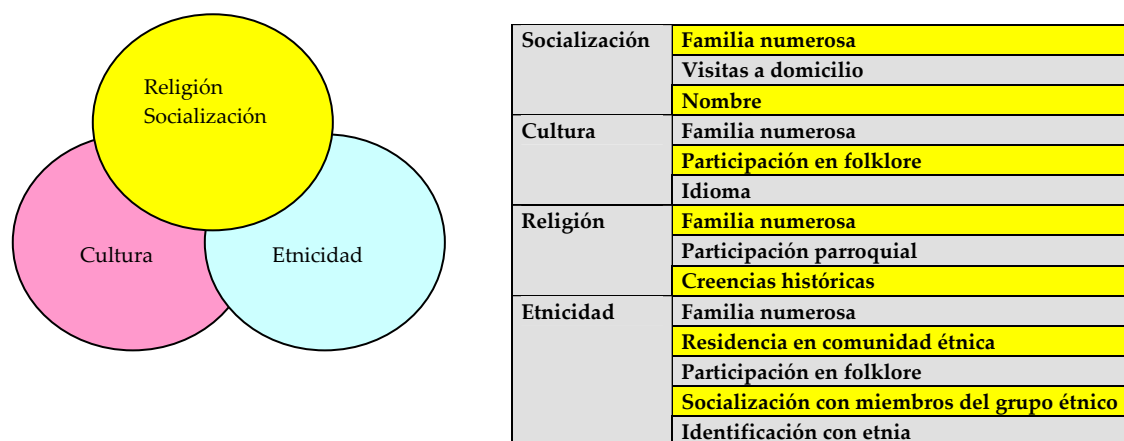


Fig. 2.13 Modelo de consistencia hereditaria. Fuente: Tomado de (Spector 2002)

El ámbito cultural podría entenderse como una suma total de las características socialmente adquiridas de un grupo humano que se comprimen de tal forma que pueda pasar a la siguiente generación.

En cuanto al ámbito étnico, el sentido de pertenencia a un grupo particular incluye características tales como una lengua común, un status migratorio, raza, fe religiosa o creencias y lazos que trasciendan a las siguientes generaciones.

En cuanto al ámbito religioso, la creencia en un poder o poderes superhumanos o divinos a los que haya que obedecer y tratar como al creador de creadores y como a los dirigentes del universo dentro de un sistema de creencias prácticas y valores étnicos. El aprendizaje religioso está íntimamente relacionado con la salud y la enfermedad, que ayudan a presentar una filosofía significativa y un sistema de prácticas determinado.

En el siguiente diagrama podemos observar la posición que ocupa la herencia cultural como uno de los elementos mediadores en la construcción social de la realidad y su influencia en determinados contextos.

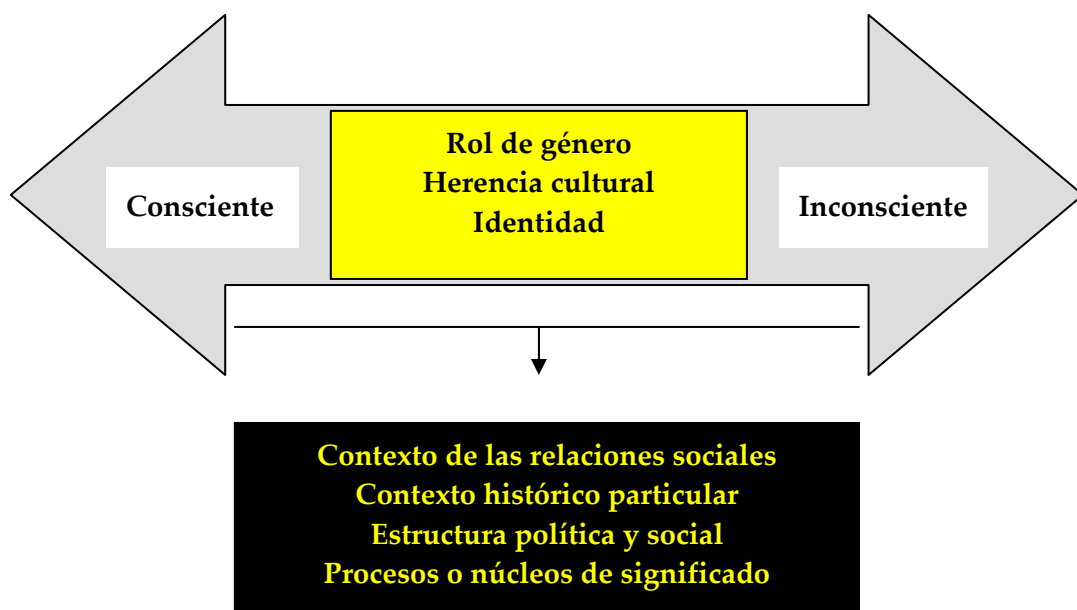


Fig.2.14 Herencia cultural y su influencia en la construcción social de la realidad. Elaboración propia. Fuente bibliográfica (Krause 1998).

Muchas prácticas están relacionadas con la salud en la medida de su adherencia a códigos y normas religiosas, donde su cumplimiento determina una armonía holística y por tanto la salud, mientras que su incumplimiento causa desarmonía y consecuente enfermedad.

Una persona determinada se socializa dentro de este contexto y cada una de sus facetas intervienen en su constructo de creencias y prácticas en salud y enfermedad. Así, la consistencia hereditaria ocurre siempre en una constante y cambiante continuidad, pero debe utilizarse como una herramienta para crear la forma de entender la manera en que la persona observa los acontecimientos y para determinar si una persona interpreta las diferentes situaciones desde una perspectiva moderna o tradicional (Spector 2002).

A la hora de elegir la autoatención en la dimensión de los cuidados informales, existe una gran influencia de la herencia cultural, así como por la imposibilidad en muchos casos, de contar con una red social íntima y cercana que pueda desarrollar funciones de apoyo afectivo (Las Heras-Mosteiro, J. 2008)

Menéndez comentaba, en relación a la autoatención, que el hecho de tener una eficacia aunque sea limitada, favorece su continuo proceso de transformación en tanto que el saber de los conjuntos sociales no es algo fijado culturalmente sino que su cualidad básica es la reestructuración continua a raíz de la incorporación de nuevas técnicas, productos y creencias que se integran al saber existente (Menéndez, E. 1992).

El análisis de los sistemas de creencias puede llevarse a cabo a través de una exploración de las ideas actuales, las cuales están en estrecha relación con el proceso de culturización dentro de la cultura moderna o dominante a través de mecanismos como las escuelas y la tradición oral.

Un segundo análisis sería el de la consistencia de la herencia, la cual contempla el proceso de culturización como en continua renovación. Se analiza teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Grado en que las personas se identifican con la cultura dominante o moderna
- b) Grado en que se identifican con la cultura tradicional
- c) Determinación de los lazos de unión de la persona con sus creencias tradicionales (para analizar la relación de las creencias con las prácticas de salud)

Según el modelo de la consistencia hereditaria, se puede plantear la cuestión de hasta qué punto el estilo de vida de una persona determinada en el seno familiar refleja su cultura tradicional. Para ello, las variables de análisis podrían ser: lengua de preferencia al hablar, preferencias dietéticas, nombre, tipos de escuelas o colegios, lazos con el entorno, actividades sociales.

2.4.6 Cuidados culturales

El cuidado, esencia de la Enfermería, tiene un gran poder significativo para explicar la salud y el bienestar de la gente en su cultura. El Cuidado cultural, es el cuidado profesional enfermero, culturalmente sensible, apropiado y competente. Es imperativo para conocer las complejas necesidades de salud de un determinado paciente, familia o comunidad. Es la provisión de cuidado a través de las diferencias culturales y tiene en cuenta el contexto en el que vive el paciente, así como su situación cuando llegan los

problemas de salud. Apuesta por la inclusión de soluciones que normalmente no son contempladas, entendidas o compartidas por ambos lados (Leininger 1997).

Leininger desarrolló su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales basándose en la creencia de que las personas de diferentes culturas podían informar y determinar mejor el tipo de cuidados que necesitan recibir de sus cuidadores (Alexander 1994).

Debido a que la cultura es el patrón y el modo de vida de las personas, influyendo sobre sus decisiones y acciones, la teoría está dirigida hacia los proveedores de cuidados que acceden al mundo de su paciente y toman sus puntos de vista, conocimientos y prácticas como base para tomar decisiones y aplicar acciones profesionales culturalmente congruentes. Este constructo cobra interés teórico en nuestra investigación ya que el diálogo cultural establecido a raíz del encuentro intercultural en el cuidado informal es la base para proporcionar cuidados culturales (se trata de cuidados culturales no profesionales, pero de gran interés para la disciplina Enfermera).

Leininger define la "Enfermería transcultural como el área principal de la enfermería y se centra en un estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo en relación con sus conductas asistenciales, cuidados de enfermería, sus valores respecto a la salud y a la enfermedad, sus creencias y en los patrones de conducta a seguir para el desarrollo de una base científica y humanística de conocimientos que permita practicar los cuidados de Enfermería de una forma específica según la cultura y también universal para todas ellas" (Alexander, J.E. 1994:427)

Así pues, los cuidados culturales constituyen la teoría de Enfermería de mayor concepción holística, ya que se toma en consideración la totalidad de la vida humana y su existencia a lo largo del tiempo, incluyendo la estructura social, la visión del mundo, los valores culturales, los contextos ambientales, las expresiones lingüísticas y los sistemas populares profesionales, constituyendo las bases para descubrir los conocimientos sobre los cuidados como esencia de la enfermería y para establecer una relación terapéutica.

Leininger afirma que existen diferentes formas, expresiones y procesos en los cuidados que son diversos, otros que son universales (Leininger 1970). Un objetivo importante de la Teoría de los Cuidados Culturales o Enfermería Transcultural es ser capaz de documentar, conocer, predecir y explicar sistemáticamente mediante datos qué es lo diverso y qué es lo universal en los cuidados.

Un discurso cultural esencialista supondría un enfoque tan ineficaz y reduccionista como la tendencia a la homogeneización biologicista de la biomedicina.

Gaines mantiene postulados cercanos a negar la posibilidad de establecer síndromes universales, sobre todo sistemas médicos universales, llegando a concluir que cada cultura produce su sistema médico. Este planteamiento podría cuestionar la existencia de cuidados universales (Gaines, 1979, 1992 en Menéndez, E. 2002).

Tabla 2.5 Elementos clave según la Enfermería Transcultural y constructos del cuidado según Leininger.

Elementos clave según la Enfermería Transcultural	Constructos del cuidado según Leininger
Base cultural y afectación a los comportamientos de salud y enfermedad	Respeto; entender las creencias culturales, valores y maneras de vivir
Significados en términos de supervivencia	Ser conscientes de lo que nos rodea
Diferenciación de los procesos de socialización en distintas personas	Atención a los detalles, "anticiparse a"
Visión de la vida por parte del individuo	Ayudar, asistir, facilitar actos
Creencias, valores y normas sobre la salud y la enfermedad	Escucha activa, dar presencia, "estar"

Fuente: Elaboración propia, basado en Leininger, M.M. 1997.

Partiendo de estos elementos clave, podemos entender que las diferencias culturales están en muchos casos circunscritas al comportamiento, prácticas e interacciones sin que los individuos sean conscientes de ello o conscientes completamente.

Dicha teoría defiende, en definitiva, ese sustrato común y universal del cuidado, ligado a lo más íntimamente humano, más allá de las diferencias sociales y culturales, aunque nos hace conscientes de dichos elementos para poder tener una visión holística real. Lo universal y lo particular vuelven a confluír en un mismo esquema de pensamiento, siendo una de las clásicas díadas de análisis en Antropología.

Los cuidados culturales aluden a lo esencialmente humano, a los cuidados para el mantenimiento de la vida, yendo más allá de los cuidados profesionales, aspecto que interconecta de nuevo los cuidados profesionales de Enfermería con el cuidado informal como expresión primaria y universal de cuidado humano.

Así, el cuidado informal desempeñado por cuidadoras inmigrantes en nuestro entorno supone un nuevo reto a los cuidados culturales, donde, en este caso, es el proveedor de cuidados el que maneja una serie de creencias, valores y prácticas respecto a la salud y la enfermedad diferenciadas culturalmente. Así, tomamos este referente teórico por ser de gran interés en nuestro estudio debido a la condición de inmigrante de las cuidadoras que conforman parte de nuestro objeto de estudio.

Para intentar abordar el fenómeno de una nueva configuración de los cuidados informales y sistemas de autoatención, debemos tener en cuenta la perspectiva que nos ofrece la teoría de los cuidados culturales, la cual provee un modelo procedente de los cuidados profesionales, básico para comprender los efectos que está suponiendo la inmigración en el contexto doméstico e informal de cuidados, que constituyen la raíz de todo cuidado profesional.

CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA

3.- METODOLOGÍA

“Todo nuestro conocimiento es conocernos a nosotros mismos”.

A. Pope

3.1. EL DISEÑO ETNOGRÁFICO.

El estudio realizado ha sido de tipo etnográfico, respondiendo así a un modelo de investigación cualitativo. El diseño de la investigación se caracterizó por utilizar procedimientos de tipo descriptivo, abordando la descripción explicativa. A su vez se trata de un diseño observacional, en tanto que nos centramos en las dimensiones metodológicas de la objetividad-análisis (estudio no intervencionista) y en un enfoque nomotético o generalizador. Se recurrió a su vez a la Teoría Fundamentada como método en lo referente a las nuevas categorías emergentes (teoría emergente)⁷ de este estudio, aspecto que abordaremos más adelante, pudiendo aducirse que, en cierto modo, ambas naturalezas metodológicas se reflejaron en esta investigación.

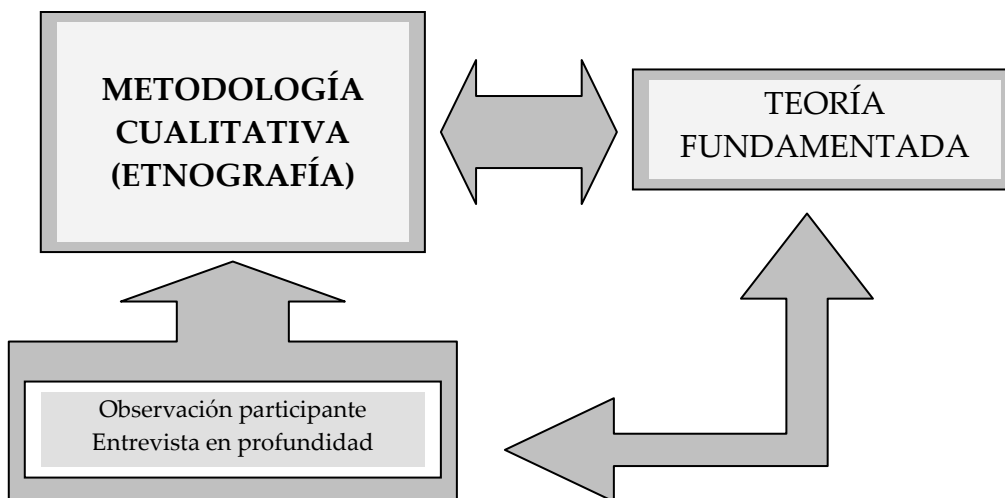


Fig. 3.1 Esquema del diseño de estudio.

Se realizó una descripción *“analítica y comparativa”* de los patrones culturales en relación a la salud en inmigrantes y los cuidados informales en la ancianidad. Puede resultar aparentemente incongruente el diseño que acabamos de mencionar, en tanto que

⁷ La teoría emergente es aquella que se crea a través de la inducción en tanto que los conceptos y relaciones entre los datos generan una teoría explicativa de un determinado fenómeno de estudio. La Teoría Fundamentada es un método de investigación y análisis de datos en el que la teoría emerge desde los datos (Glasser 1967). Es una metodología que tiene por objeto la identificación de procesos sociales básicos como punto central de la teoría. A través de esta metodología podemos descubrir aquellos aspectos que son relevantes de una determinada área de estudio (Corbin 2005).

los estudios descriptivos no entran en comparaciones, entendidas éstas en sentido analítico. En el análisis de contenido de los discursos de los informantes se recurre generalmente al método de la comparación constante entre los informantes para encontrar el sentido de las categorías tanto de investigación como emergentes; sin embargo, dicho aspecto no le confiere características analíticas al estudio etnográfico sino que permite la descripción en profundidad.

Según Fernández de Rota, la comparación es la esencia o característica principal del método etnográfico (Fernández de Rota y Monter 2007).

El antropólogo compara en primer término por oposición, *él-otros* y *tú-yo-nosotros* en busca de la profundidad descriptiva.

Este matiz alude a lo que queremos resaltar del presente estudio, en el que pretendemos describir la realidad en dos grupos y confrontarla para resaltar sus diferencias, sin ninguna finalidad correlacional ni tampoco causal, de ahí que no optemos por un diseño de investigación analítico de base ni persigamos una contrastación de hipótesis al uso.

Los métodos y técnicas cualitativas son aquellos que intentan capturar el fenómeno con un enfoque holístico y comprenderlo en su propio contexto⁸. Especialmente se ensalza la inmersión en el campo de estudio y la comprensión del significado humano atribuido a unas circunstancias o fenómenos de investigación, constituyendo unos métodos de elección para cualquier tipo de investigación que se centre en conseguir una comprensión amplia y una visión profunda. (Lincoln, 1997 en De la Cuesta Benjumea 2002).

⁸ Los estudios cualitativos se comienzan con un área de interés y conceptos generales que permitan la entrada conceptual al tema, para ir generando hipótesis y categorías de forma inductiva. Los estudios que siguen metodología cualitativa se apoyan en el paradigma constructivista, que entiende que las realidades son construidas de manera específica y local (Guba y Lincoln, 1994 en De la Cuesta Benjumea 2002) ; por ello la comprensión del significado se hace desde el punto de vista "*emic*" o punto de vista desde el interior de la situación. De esta manera, cuando el estudio no se dirige a predecir un comportamiento humano sino a comprenderlo, es cuando debemos seleccionar este tipo de estrategia de investigación, puesto que debe ser ésta la que sirva al objeto de estudio y se seleccione una vez clarificado el problema y preguntas de investigación así como su envergadura. Cuando se opta por una metodología cualitativa, se está buscando comprender los actos diarios de las personas y su comportamiento en escenarios y situaciones ordinarias, tales como pudieran ser en este caso las actividades en el seno más doméstico de cuidados, así como la estructura interna de dichas acciones y las condiciones o circunstancias que las rodean y determinan.

“El tratamiento científico se diferencia del que sólo es de sentido común, primero, en que el estudioso completará mucho más el trabajo y extremará la minuciosidad con procedimientos sistemáticos y metódicos; y segundo, en que la mentalidad científicamente preparada dirigirá la investigación a través de líneas relevantes y hacia objetivos que tengan importancia real. Desde luego, el objeto de la preparación científica es proveer al investigador empírico de una especie de mapa mental que le permita orientarse y seguir su camino” (Malinowski 1995:25).

Con la finalidad de cumplir los objetivos de partida del estudio, se seleccionó la etnografía como método más adecuado para su consecución.

El valor de la etnografía como método de investigación social se basa en la existencia de diversos modelos culturales en las sociedades y en su significación para la comprensión de los procesos sociales. “Su principal finalidad es la descripción y en muchos casos, la explicación de formas culturales concretas. Se renuncia en muchos casos a la búsqueda de leyes universales a favor de descripciones detalladas de la experiencia concreta de la vida dentro de un grupo cultural y de las reglas o patrones que la construyen” (Atkinson, Hammersley 1994:24).

La etnografía ha surgido del contacto personal prolongado con los informantes, dando lugar a material etnográfico abundante procedente de la aplicación de diversas técnicas. Es la manera de dar vida a los actores sociales, a sus creencias, valores y prácticas, mostrando cómo sus experiencias son vividas e interpretadas en una realidad cambiante. La etnografía permite conformar una visión particular y general, representativa y ejemplar, única y plural, personal y cultural, en un intento de aproximarnos a un universo concreto con una visión holística.

El holismo en etnografía supone “construir una totalidad recorriendo un contexto de prácticas humanas” (Díaz de Rada 2003).

Así, se constituye como característica y a la vez requisito indispensable de la etnografía, entendida tanto como método o como producto de la investigación. Según Malinowski⁹, un trabajo etnográfico riguroso exige, tratar con la totalidad de los aspectos

⁹ Conocer los procedimientos del trabajo de campo a partir de cómo lo relatan los autores clásicos, resulta reconfortante en el sentido de aprender de nuestros padres y maestros, no ya con las pretensiones de aspirar a lo que ya fueron las grandes figuras de la Antropología Social, pero, al menos, intentando aprender críticamente de lo que ya fuimos.

En cualquier caso, de la vida ajena y su sentido sólo podemos poseer la etnografía, entendida como “un conjunto de datos, cada uno de los cuales es parte de una historia y una cultura en proceso de ir haciéndose, cuya unidad y figura no son capaces de verlas y ofrecérmolas ni quienes las constituyen con su acción. Están inacabadas siempre y nadie puede aprehenderlas del todo sino

sociales, culturales y psicológicos de la comunidad, pues hasta tal punto están entrelazados que es imposible comprender uno de ellos sin tener en consideración todos los demás.

“Considero que una fuente etnográfica tiene un valor científico incuestionable siempre que podamos hacer una clara distinción entre, lo que son los resultados de la observación directa y las exposiciones e interpretaciones del individuo y, por otra parte, las deducciones del autor basadas en su sentido común y capacidad de penetración psicológica” (Malinowski 1995:47)

El etnógrafo es su propio cronista e historiador; sus fuentes son, sin duda, fácilmente accesibles pero también resultan muy evasivas y complejas, ya que no radican tanto en documentos de tipo estable o materiales, como en el comportamiento y los recuerdos. En la presente investigación, se pudo comprobar dicha complejidad por diversos motivos, tales como el hecho de utilizar la entrevista entre otras técnicas de investigación, siendo necesario traer a colación de manera frecuente y constante, muchos recuerdos y referencias a otras etapas anteriores de la vida de los individuos estudiados, aspecto imprescindible para poder comprender sus creencias, prácticas y representaciones.

El ideal primordial y básico del trabajo etnográfico de campo es dar un esquema claro y coherente de la estructura social y destacar, de entre el cúmulo de hechos irrelevantes, las leyes y normas que todo fenómeno cultural conlleva. Este ideal exige, ante todo, la obligación de hacer un estudio completo de los fenómenos y no buscar lo efectista, lo singular y menos lo divertido y extravagante. Así, el etnógrafo de campo tiene que dominar con seriedad y rigor el conjunto completo de los fenómenos en cada uno de los aspectos de la cultura estudiada, sin hacer ninguna diferencia entre lo que es un lugar común carente de atractivo o normal y lo que llama la atención por ser sorprendente y fuera de lo acostumbrado. Al mismo tiempo, debe guardarse la integridad y una visión bajo todas sus facetas para analizar la cultura, que debe ser nuestro centro de interés (Malinowski 1995).

La etnografía en Antropología de la Salud ha sido en gran medida, el método de investigación de elección para llevar a cabo investigaciones en dicho campo. Su idoneidad metodológica se debe a la adaptación natural que presenta ante objetos de estudio centrados en la salud de las personas y en el proceso de cuidado. Podemos resaltar el reciente empleo de la etnografía en los estudios de La Parra, Escrivá o Bover entre otros, apoyándonos así en ellos como ejemplos precedentes de etnografías en el campo de la

ideándolas a su modo desde la perspectiva que su hogar en la estructura de la sociedad les permite”
(Sanmartín 2003:144).

Antropología de la salud, y más concretamente, del cuidado informal (La Parra 2002)(Bover Bover 2004)(Escrivá 2000).

Además de justificar la selección de la etnografía como método idóneo de investigación en este estudio, podemos identificar otras características del diseño, tales como transversalidad, sincronía y prospección.

Fue un estudio transversal y sincrónico, en tanto que se determinó una recogida de datos única (a priori) por cada individuo sin recurrir a comparaciones intraindividuales y centrándonos como punto de partida en el momento presente; no obstante, en algunas ocasiones, la voz histórica de los informantes permite la comprensión y evolución de los fenómenos de estudio. Según Lisón Tolosana, *“si queremos sopesar la validez de nuestros datos etnográficos, su peso específico y significado para poder elevarlos a generalidad científico-comparativa, necesitamos visionarlos en su perspectiva cambiante e histórica. De esta manera y sólo de esta manera, continua, podremos comprobar la validez de nuestras presunciones teóricas”* (Lisón Tolosana 1997:98). Por ello, también se contemplaron los enfoques históricos o diacrónicos en función de la naturaleza de determinadas categorías de estudio.

La característica de la prospección se identificó en el diseño del estudio ya que atiende a la consecución progresiva en el tiempo en la recolección de datos (un año).

3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO, CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN, MUESTRA Y PROCEDIMIENTOS DE MUESTREO.

La población de estudio alude a todos los grupos familiares de Murcia con al menos un cuidador familiar y/o un cuidador informal inmigrante. El tiempo de estudio comprendió de Octubre de 2007 a Octubre de 2008 en lo referente a la recogida de datos. Podemos decir que la población es infinita si atendemos a los paradigmas cuantificadores puesto que no existe ninguna fuente de registro que unifique y recoja la cifra exacta de casos existentes en la realidad que pretendemos estudiar. Se podría conocer el número de cuidadores familiares de la ciudad de Murcia, pero no el de cuidadores inmigrantes; a este respecto, la situación de irregularidad a nivel legal hace imposible su cuantificación numérica. No obstante, la cuantificación sería considerada como necesaria de cara a realizar un muestreo representativo según la metodología cuantitativa y los diseños analíticos; al no ser el caso, ya que usamos una metodología eminentemente cualitativa y seguimos un diseño observacional-descriptivo (aunque con matices explicativos), no supuso problemática metodológica.

Durante el tiempo en que se realizó el trabajo de campo (2008), según datos del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS), en la Región de Murcia se identificaron

25.620 personas en situación de dependencia, de las cuales, 20.413 eran mayores de 65 años. Ese año hubo un total de 33.052 solicitudes para valoración de la autonomía personal, de manera que las cifras son sólo relativas a nivel descriptivo de la realidad, pero en ningún caso reflejan la totalidad de los casos. Actualmente, casi se ha duplicado el número de solicitudes, alcanzando en 2011 un total de 67.028. En la Región de Murcia existen 58.892 personas en situación de dependencia, reconocida ésta por el IMAS (Datos actualizados a fecha de 10 de Marzo de 2011). Más de una tercera parte de las personas dependientes de la Región de Murcia se concentran en la ciudad de Murcia, aspecto que también contribuyó a circunscribir el ámbito de estudio a la capital de la provincia al concentrar más casos de personas en situación de dependencia.

Respecto a cifras relativas a inmigración, en el periodo del trabajo de campo (2008), se identificaron 225.625 individuos extranjeros en la Región de Murcia (Instituto Nacional de Estadística, 2008). Cabe resaltar la parcialidad de este dato en tanto que el Padrón municipal no refleja la realidad de la inmigración; por este motivo se habla de una población infinita ya que no existe ningún modo de conocer la cifra real en tanto que existen problemas de legalidad/ilegalidad o regularidad/irregularidad, los cuales determinan en gran medida que una gran parte de población inmigrante se encuentre en situación oculta, sumergida y por tanto, difícilmente identificable. Además, sólo el 17,9% de las mujeres inmigrantes en activo están dadas de alta en la Seguridad Social dentro de la actividad "*Hogares que emplean personal doméstico*" (Martínez Buján 2006), resultando aún más difícil de encontrar una cifra que se aproxime a la realidad existente. La última cifra actualizada según datos correspondientes al año 2009, ha registrado un total de 235.134 extranjeros en la Región de Murcia (INE. 2010)).

Cabe destacar que tomamos tales datos como un elemento meramente indicativo o descriptivo de una realidad existente, aunque no nos basamos en ellas para justificar un procedimiento de obtención muestral ni el uso de determinadas técnicas de muestreo en nuestro caso.

Tabla 3.1 Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Que el objeto del cuidado sea un miembro de la unidad familiar que presente problemas de salud crónicos y evolutivos en el tiempo, con carácter de permanencia e inmovilidad, precisando cuidados informales ligados a la supervivencia.	Que los individuos receptores del cuidado informal sean niños o personas mayores no dependientes y/o no inmovilizados

Los criterios de inclusión aplicados a la población fueron: que el objeto del cuidado sea un miembro de la unidad familiar que presente problemas de salud crónicos y evolutivos en el tiempo, con carácter de permanencia e inmovilidad, precisando cuidados informales ligados a la supervivencia.

Los criterios de exclusión fueron: que los individuos receptores del cuidado informal sean niños o personas mayores no dependientes y/o no inmovilizados.

Para ello, se escogió por conveniencia el colectivo de mujeres inmigrantes de la organización Cáritas-Murcia¹⁰ que trabajan como cuidadoras informales, así como también se extraerán informantes clave de la comunidad Evangélica de inmigrantes latinoamericanos de “El Rollo”¹¹, situada en la ciudad de Murcia. Los participantes se eligieron por su pertinencia teórica y no en función de su representatividad.

La técnica de la bola de nieve fue la que se aplicó a partir de este momento para poder acceder a dicho colectivo y realizar un muestreo, ya que la citada institución consideró oportuno retirar el apoyo que brindó en un principio, aspecto que explicaremos posteriormente con más detalle en el apartado que aborda las fases del estudio. La técnica de la bola de nieve se considera adecuada cuando es necesario conseguir una muestra de individuos en una población de difícil acceso o respecto a la cual no existe un registro o base de datos completo o fiable, como es el caso. Así, a partir de unos informantes clave iniciales contactados a través de las dos organizaciones mencionadas, éstos nos llevarán a otros informantes, y éstos a su vez a otros, ramificándose la red de contactos de manera exponencial hasta llegar a obtener la saturación.

Paralelamente, otro subgrupo muestral se configura en torno a los cuidadores informales familiares del ámbito doméstico. Se elige, también por criterio de conveniencia la ONG Cruz Roja para poder acceder a las unidades familiares, utilizando como portero

¹⁰ La Universidad Católica San Antonio de Murcia, institución en la cual formo parte del personal docente e investigador, mantiene una estrecha colaboración con dicha ONG, existiendo una larga trayectoria de cooperación entre ambos organismos, extendida durante varios años. Por este motivo se eligió dicha institución como escenario inicial en el que iniciar la captación de individuos de interés para el estudio, dando por supuesta cierta predisposición a la colaboración. Asimismo, la investigadora principal, personalmente había organizado diversas actividades con el alumnado relativas al ámbito del voluntariado con la Casa de África de Cáritas-Murcia habiendo existido siempre una relación cordial y de agradecimiento mutuo. Así pues, éstas fueron las motivaciones para su elección, confiando especialmente en el respaldo institucional como garante de eliminación de posibles obstáculos.

¹¹ La investigadora principal mantenía una relación personal previa con la comunidad evangélica de inmigrantes latinoamericanos de “El Rollo” también debido a actividades de voluntariado a nivel formativo.

la figura del Auxiliar de Ayuda a domicilio, el cual trabaja dentro de un programa de Asistencia y Ayuda a domicilio, de cara al acceso a los entornos domésticos sin querer utilizar el sistema formal de cuidados institucionalizado a través de los dispositivos de atención a la salud que ofrece el Servicio Murciano de Salud.

Por tanto, los sujetos de interés en nuestro estudio se perfilan en torno a dos grandes grupos:

1. Cuidadores informales inmigrantes de pacientes inmovilizados y/o terminales en el ámbito domiciliario
2. Cuidadores informales familiares de pacientes inmovilizados y/o terminales en ámbito domiciliario.

Así la muestra se construye en función de las diversas manifestaciones del fenómeno, poco a poco, al igual que el análisis. En el caso del subgrupo muestral de cuidadores familiares no utilizamos la técnica muestral de la bola de nieve sino muestreo de conveniencia al uso. La muestra final se compuso de 48 individuos.

No se persiguió un tamaño muestral predeterminado a priori ni tampoco los individuos estaban preseleccionados de antemano. No se pretendía alcanzar una representatividad estadística sino la representatividad teórica, de manera que cuando se alcanzó la saturación, se detuvo la recogida de datos.

El estado de saturación puede estar falsamente provocado por situaciones de familiaridad, de largo tiempo en el terreno del trabajo de campo o comodidad del investigador, produciéndose como consecuencia una merma de la perspectiva crítica. En este sentido, cabe reflexionar sobre las recomendaciones de Atkinson al respecto, según las cuales, aunque las relaciones sociales y el establecimiento de contactos vayan bien y los problemas profundos de extrañamiento se resuelvan, es importante que ello no desemboque en una actitud mental demasiado cómoda, existiendo un riesgo de desestimación de información debido a la sensación de haberlo escuchado todo previamente (Atkinson, Hammersley 1994).

La obtención de la muestra coincidió exactamente con la duración del trabajo de campo (un año); el momento de finalizar la recogida de la información muestral estuvo determinado por las directrices que enuncia Atkinson acerca de la saturación (véase en siguientes apartados). A posteriori se llevó a cabo lo que Glasser y Strauss denominaron "*muestreo teórico*" (Glasser 1967); el muestreo teórico refiere a selección de aquellos testimonios o fragmentos de testimonios que resultan óptimos o más apropiados para desarrollar y probar ideas analíticas emergentes. Se seleccionaron aquellas entrevistas de mayor valor en función de la mayor pertinencia teórica y también según su aportación conforme a los objetivos del estudio.

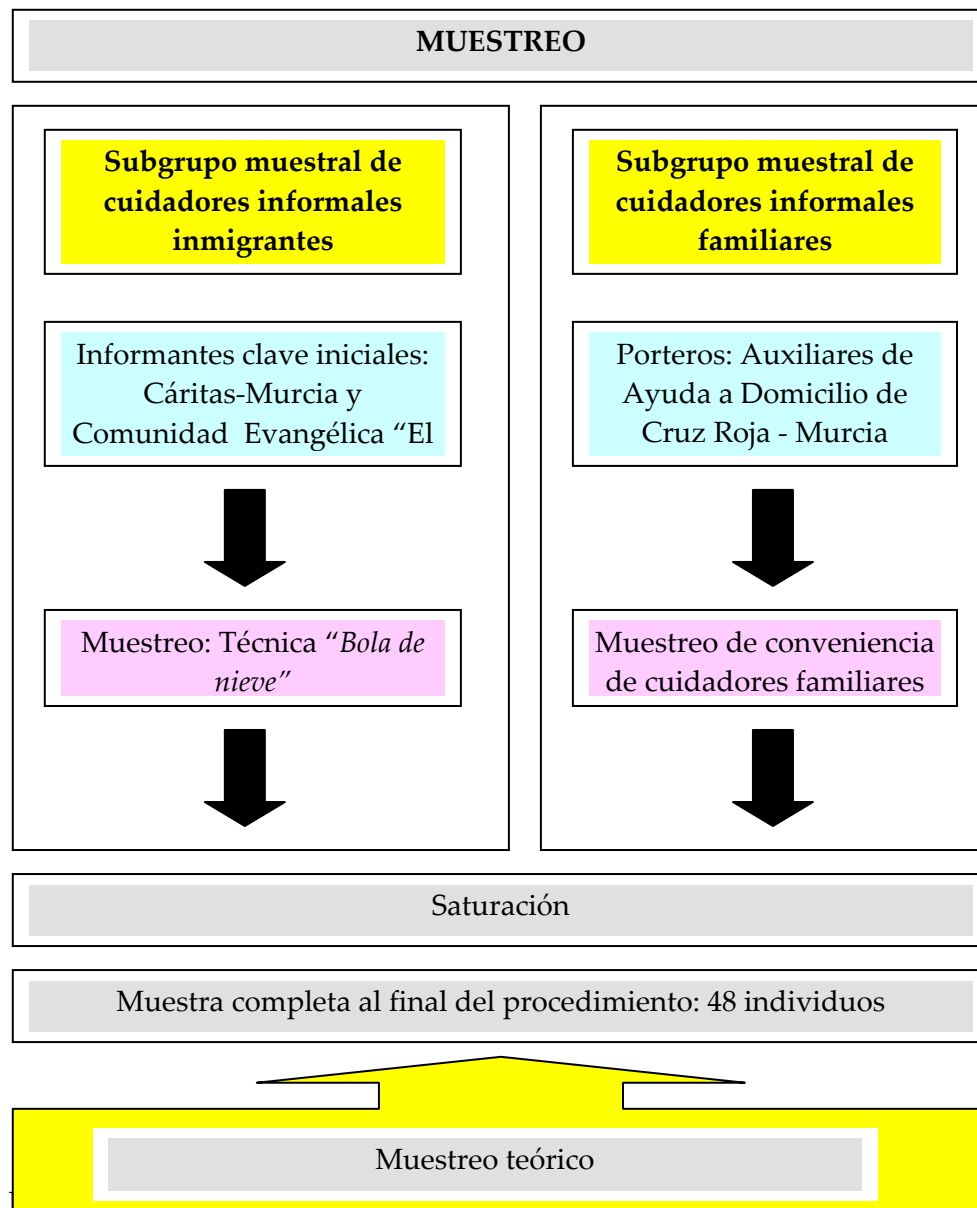


Fig. 3.2 Muestreo.

Una muestra representativa de informantes entendida en términos estadísticos, no es lo que siempre necesita la investigación etnográfica. Esto es así particularmente cuando el asunto principal está relacionado con la recogida de información más que con la documentación de perspectivas o prácticas discursivas.

En esta tesis, fuimos conscientes en todo momento de la no necesidad de perseguir la representatividad entendida estadísticamente, en tanto que la naturaleza del objeto de estudio no se prestaba a un estudio guiado por criterios cuantitativistas, y por ese motivo, al realizar el trabajo de campo fuimos conscientes de la importancia de la riqueza del discurso (en sí mismo) de los individuos de estudio y no de cuántos fuesen.

Aquí, el objetivo es centrarse en aquellas personas que disponen del conocimiento deseado y que tal vez deseen transmitírselo al etnógrafo; así, la tarea de identificar a dichas personas requiere que uno se mueva según supuestos sobre la distribución del conocimiento y sobre los motivos de aquellos que tienen roles diferentes (Atkinson, Hammersley 1994).

El muestreo teórico se hace también según los temas y conceptos que van emergiendo durante el análisis, lo que exige que la recolección de datos y su análisis se realice de forma concurrente. Por tanto, los datos se recogen de acuerdo con la teoría que va emergiendo (Glasser 1967)(Strauss 2005)}. El interés del muestreo teórico es captar la variedad y la dimensión de un tema o un fenómeno, logrando la descripción más completa posible del fenómeno que se está investigando buscando información precisa que arroje luz a la teoría emergente, apoyándose para ello en la comparación.

Los informantes no tienen por qué ser los mismos desde el principio, teniendo en cuenta que en la recogida de datos habrá varias fases. Así pues, los informantes pueden cambiar, de manera que se deben encontrar aquellos que más sepan acerca del problema; por tanto, la muestra no se sabe de manera segura y cerrada desde el principio. La literatura especializada considera que de veinte a cincuenta entrevistas son suficientes para desvelar las categorías principales del tema bajo estudio (Swanson, 1986 en De la Cuesta Benjumea 2002).

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

Si la atención a la salud desde el ámbito profano es algo cotidiano, debe estudiarse con instrumentos que registren la cotidianidad. La paradoja estriba en que el proceso se inicia fuera del sistema de atención convencional y que, en buena medida, se resuelve fuera del mismo, por lo que debe ser accesible solamente desde la investigación etnográfica.

La etnografía la hemos concebido tanto como método de investigación en sí mismo como producto o resultado, no siendo considerado en cualquier caso como un instrumento de investigación.

La mirada crítica y distante del extraño proporciona una perspectiva comparativa así como una interpretación en profundidad temporal, constituyendo así uno de los criterios por los cuales se ha optado por la etnografía, abarcando ésta tanto a las entrevistas como la observación participante.

Se distinguen dos fases claramente en la investigación: una primera incursión donde nos acercaremos a la realidad social de los sujetos de estudio y una segunda fase donde entraremos a analizar las prácticas y creencias de nuestros sujetos de estudio, realizando

entrevistas en profundidad, semiestructuradas a su vez, observación participante y etnografía finalmente. Teresa San Román no ha dudado en este sentido en diferenciar una primera etapa del trabajo de campo, entendida como una aproximación inicial al contexto desconocido que nos permitiría construir hipótesis teóricas, conceptos, categorías y explicaciones en términos causales o funcionales; y una segunda etapa dedicada a su contrastación minuciosa (San Román 1996).

Para la fase preliminar del estudio, la observación participante precedió a la entrevista con los sujetos, estando presente a su vez durante todo el tiempo que duró el trabajo de campo, pero al inicio nos resultó especialmente útil para ayudarnos a describir la situación social que presentan los cuidadores informales inmigrantes, dando siempre un enfoque complementario.

A la hora de optar por un diseño de estudio y seleccionar instrumentos de investigación consideramos que es menos factible realizar estudios cuantitativos cuando lo que queremos estudiar son las creencias y valores que subyacen a todo un conjunto de comportamientos institucionalizados. El tratamiento estadístico, puramente cuantitativo es muchas veces apropiado, incluso puede ser indispensable para conocer la situación o lo que ocurre, pero a menudo, la realidad en cifras nos enmascara fenómenos socioculturales que a simple vista no se aprecian sino que precisan un análisis de los factores causantes y de las posibles consecuencias para poder valorar la situación dada en una realidad determinada, siendo oportuna la realización de etnografía que permita obtener inferencias de tipo interpretativo.

Las técnicas seleccionadas para la obtención de la información serán las entrevistas semiestructuradas con carácter de profundidad en el caso de los individuos responsables del soporte de cuidados informales en salud en el ámbito doméstico-familiar. Por otro lado utilizamos también la observación participante durante el desarrollo de las mismas, en la incursión institucional en los entornos domésticos y en las ONG's, que nos permitieron contactar con los grupos de inmigrantes que vayan a formar parte de nuestro estudio como unidades de cuidado doméstico y como cuidadores informales en el seno de familiar con otra herencia cultural (mediados por una relación laboral). Esta técnica demostró su utilidad ampliamente en estudios antropológicos realizados a inmigrantes, como "*Street Corner Society*" de W.F. White (Sierra Bravo 1995).

La combinación de ambas nos permitirá obtener así el producto etnográfico.

Existen fenómenos de gran importancia que no pueden recogerse mediante interrogatorios sino que tienen que ser observados en su realidad. Es lo que Malinowski denominó "*los imponderables de la vida real*", refiriéndose a aspectos como la rutina del trabajo diario de los individuos, los detalles del cuidado corporal, la forma de tomar los alimentos y prepararlos, el tono de la conversación y la vida social que se desarrolla

alrededor de la casa, la existencia de amistades o enemistades y de simpatía/antipatía entre la gente, la manera en que las vanidades y ambiciones personales se reflejan en el comportamiento del individuo y las reacciones emocionales de los que le rodean. Así, en este método práctico de observación y recopilación de estos imponderables de la vida real y del comportamiento en el campo de trabajo, la ecuación personal de observador interviene con mucho más peso que en la recolección de datos etnográficos cristalizados. Pero, también en este caso, hay que poner mayor empeño en que los hechos hablen por sí mismos (Malinowski 1995).

Así, durante el trabajo de campo, uno de los aspectos que consideramos importantes y que podía suponernos un mayor esfuerzo a la hora de ser percibido y recopilado fue el conjunto de ideas, sentimientos y comportamientos condicionados por la costumbre y la cultura en que se encuentran, ya que a los individuos no les resulta posible expresar con palabras tales predisposiciones, como por ejemplo cuando se trata de los informantes inmigrantes insertos en un entorno doméstico de cuidados totalmente ajeno a ellos.

Utilizar una metodología basada en el punto de vista del actor pretende entre otras cosas, dar la palabra a los sujetos sociales a los que se niega significación y validez; es decir, a la mujer frente al varón, al colonizador frente al colonizado, al enfermo frente al médico, al loco frente al hospicio, al saber médico popular frente al saber médico hegemónico, etc., y asumir que muchos actores pueden estar callados, silenciados cultural o políticamente por actores de sectores dominantes y actores locales (Menéndez, 2002).

Se ha considerado oportuno elegir estas técnicas en tanto que la naturaleza de los hechos a estudiar es eminentemente cualitativa y relativa a aspectos socio-culturales que conviene explicar y comprender para posteriormente proponer vías de solución en consonancia con las teorías y el problema.

El guión de la entrevista se estructuró en base a temas, subtemas y preguntas, de manera que los subtemas coincidirán con las categorías de partida para el análisis en cada caso. Entre los aspectos que guiaban la entrevista en forma de preguntas abiertas, aplicaremos la herramienta para la valoración de la herencia cultural que propone Spector (Spector 2002).

Los dos grandes temas que se trataron de partida fueron inmigración y cuidados informales. Los subtemas, se configuraron en torno a diversos puntos de interés quedando establecidas varias categorías de partida que darían lugar a las preguntas (véanse ANEXOS II y III). Tanto a la hora de entrevistar a cuidadoras familiares como inmigrantes, se comenzó abordando aspectos sociodemográficos de carácter general, que nos sirvió para iniciar una conversación fluida y de confianza.

Las categorías referentes al tema inmigración propuestas inicialmente fueron:

- Mujer/género
- Estereotipos de Género
- Percepción social del género
- Causas del movimiento migratorio
- Procedencia e Historia migratoria
- Pobreza
- Identidad cultural, étnica y de pertenencia.
- Minorías Creencias y Valores (Solidaridad, cuidado, amistad..)
- Cambio social:
 - Contexto social
 - Diferencia social
 - Distancia social
 - Justicia social
 - Red y relaciones sociales. Soporte
 - Representación social
 - Estructura social
- Cambio cultural, aculturación y pérdida
- Herencia cultural
- Discriminación y diferenciación
- Estigmas
- Globalización y transnacionalismo
- Ciudadanía y estado de bienestar
- Desestructuración familiar
- Integración
- Consecuencias

En cuanto al tema de cuidados informales, las categorías iniciales de análisis fueron:

- Cuidadores como fuerza de trabajo
- Pacientes inmovilizados
- Cronicidad

- Ancianidad
- Creencias y valores
- Representaciones y prácticas
- Cuidados culturales
- Motivaciones del cuidado informal
- Autoatención
- Salud/enfermedad/atención
- Autocuidado
- Comunicación interpersonal terapéutica
- Grupo doméstico, relaciones domésticas (contexto)
- Familia nueva
- Roles
- Necesidades del cuidador informal/inmigrante
- Consecuencias

Dichas categorías fueron las que sirvieron como punto de partida para iniciar el análisis del discurso de los actores sociales investigados, independientemente de la aparición de nuevas categorías emergentes. Los fenómenos sociales y culturales que encierran cierta complejidad en sí, necesitan de dichas categorías para poder iniciar un acercamiento a la comprensión y entendimiento de los mismos. Tal y como afirma Díaz De Rada, la traducción cultural de las categorías apuntadas en el lenguaje demanda un recorrido por un espacio complejo de prácticas sociales (Díaz de Rada 2003).

En cuanto a las notas de campo, siguiendo el consejo de Chenitz y Swanson (1986), se llevó un diario, que incluye tanto comentarios como observaciones, así como otros aspectos a memorizar.

Como sugiere Deslauriers (1991), se han realizado las observaciones estructurándolas inicialmente en tres aspectos: el lugar, los actores y los hechos que permitían hacerse una idea más global del contexto en el que los intercambios se producían. Para guiar la observación participante, aplicamos la matriz propuesta por Spradley, al resultar más completa que la propuesta de Deslauriers, en la que se establece una lista de chequeo elemental que puede ser utilizada para guiar la realización del registro de campo y preservar el sentido del contexto. Los aspectos a tener en cuenta son: espacio (lugar o lugares físicos), actor (gente implicada), actividad (acciones relacionadas entre sí que las personas realizan), objeto (cosas físicamente presentes), actos (una

determinada acción), acontecimiento (actividades relacionadas entre sí que la gente lleva a cabo), tiempo (secuencias que se desarrollan en el transcurso del tiempo), fines (metas que la gente intenta cumplir) y sentimientos (emociones sentidas y expresadas) (Spradley 1980).

Aunque este tipo de listas puedan considerarse algo rudimentarias, indican una serie de características relevantes del contexto a observar que estructuran la observación participante y complementan a ese conocimiento tácito que se adquiere en el trabajo de campo.

Resultaba especialmente interesante llevar a cabo el registro de la circunstancias de cada entrevista en tanto que se han realizado en contextos muy diversos, que abarcaban gran variedad de espacios tanto domésticos como públicos (parque, cafetería, universidad, gasolinera, calle, sedes ONG's...), diversidad de personas presentes e implicadas en la entrevista (persona dependiente/inmovilizada, familiares propios, familia de la persona cuidada, cuidadores secundarios, amigos, vecinos...), que llevaban a cabo actividades muy diferentes durante el encuentro (labor de cuidado, actividades de ocio, labores domésticas..). Toda esta variedad de circunstancias permitía un mayor acercamiento a la vida real de los informantes, observando de primera mano cómo viven, trabajan y se socializan, de manera que toda esta información recogida de forma estructurada en el diario de campo, en definitiva podía enriquecer y matizar en gran medida la etnografía resultante.

Estas observaciones eran inmediatamente consignadas después de la realización de las entrevistas o incluso durante las mismas, aprovechando el tiempo que el informante hablaba y la conversación se registraba digitalmente.

Uno de los factores que nos puede distorsionar la información recogida mediante las entrevistas puede ser la condición de legalidad/ilegalidad como residente en tanto que en muchas ocasiones los informantes inmigrantes presumían que la investigación tenía algún tipo de relación con la policía, el Ministerio de Interior, Extranjería o Servicios Sociales. Dichos informantes manifestaban en algunas ocasiones cierto recelo al respecto, siendo una circunstancia que puede influir en la veracidad de algunas respuestas.

3.4. CUESTIONES DE VALIDEZ.

Conceptualmente, la validez es la mejor aproximación disponible a la realidad de los hechos. Campbell y Santley definieron en 1966 dos formas principales de validez: interna y externa. La validez interna hace referencia a la aproximación de la realidad en una proposición sobre la relación existente entre dos variables cuando las causas son inferidas. En este concepto definido por Cook y Campbell en 1979, el constructo o etiqueta teórica suele describir las variables. Ambos autores también definieron la validez

externa como la generalización de una proposición sobre una relación causal entre poblaciones (Corbin 1998).

Según Denzin (1970), cabe prestar especial atención en la recolección de datos a los siguientes aspectos, ya que pueden comprometer la validez interna del estudio (Denzin 1999):

1. Fenómenos que ocurren antes y durante la recolección de datos
2. Maduración del objeto de estudio como resultado de la relación del investigador y la investigación
3. Diferencias entre los tipos de personas estudiadas y aquellos no estudiados
4. Sujetos que abandonan el estudio a mitad de la investigación (mortalidad o mortandad)
5. Reactividad, aspecto que concierne a todo investigador que utiliza metodología cualitativa
6. La observación puede cambiar en función de los participantes y del escenario social.

De todos ellos, podemos identificar algunos en esta investigación, tales como la reorientación de los objetivos a medida que transcurrían las fases del estudio, la posibilidad de no haber captado informantes cuyos relatos fuesen de mayor valor etnográfico en comparación a los obtenidos, y por último, la gran diversidad de escenarios y lugares en los que se llevó a cabo el trabajo de campo.

No obstante, en cuanto a la validez, se considera que el presente estudio tiene validez de contenido y validez interna, ya que los contenidos incluidos en los instrumentos de recogida de información a través de categorías prediseñadas de las cuales provenían las preguntas, responden a una exhaustiva revisión bibliográfica; a su vez, no se pretenden extrapolar resultados más allá de la comunidad de estudio.

Las cuestiones de validez y confiabilidad en los estudios cualitativos se solucionan al garantizar la veracidad y credibilidad de los hallazgos, y se aumentaron siguiendo los cuatro criterios propuestos por Guba y Lincoln para alcanzar rigor en investigación cualitativa, tales como valor y verdad, aplicabilidad, consistencia y neutralidad (Lincoln y Guba, 1985 en (Corbin 1998). Esto se logra principalmente con el compromiso prolongado del investigador y su cercanía a los datos, las descripciones densas (Geertz 1996), el muestreo teórico, y con la transcripción completa de los datos.

En esta tesis, el investigador principal se encargó de aplicar todas las técnicas de investigación en el trabajo de campo, así como la realización posterior de la transcripción completa de los datos, minimizándose la posibilidad de errores de transcripción e interpretación. Sólo 8 entrevistas fueron transcritas por una becaria de iniciación a la investigación que colaboraba en nuestro departamento en ese momento; para evitar

errores, investigadora y becaria escucharon juntas dichas entrevistas antes de proceder a la transcripción, para aclarar cuantas dudas pudieran surgir.

La vivencia y experiencia en primera persona del trabajo de campo permitía a su vez poder discernir acerca de la veracidad de las respuestas en muchas de las entrevistas, en tanto que gran cantidad de elementos circunstanciales que caracterizaban el trabajo de campo indicaban la posibilidad de obtención de respuestas falseadas. Este aspecto favoreció y fortaleció la validez del estudio, coincidiendo con los postulados de Guba y Lincoln.

En este sentido, Sanmartín argumenta que el propio trabajo de campo, aún siendo intensivo, consume un mínimo de un año de convivencia de actores e informantes (Sanmartín 2003). La duración del trabajo de campo se ajustó en esta investigación al tiempo estimado como mínimo para la recogida de la información, aportando de esta manera también mayor consistencia a la validez.

Como señalaba Mairal, en la elaboración de una etnografía no sólo necesitamos organizar coherentemente nuestros datos sino también articular nuestros recuerdos, ya que con ellos se presenta ante nuestra atención algo más que lo registrado en las grabaciones, en el cuaderno o en el diario de campo (Mairal Buil 2000). Al estudiar los datos reunidos evocamos con toda su intensidad la experiencia vivida en el campo de investigación; de ahí que cobre gran importancia y valor el hecho de que el trabajo de campo haya sido realizado por una única persona en esta investigación.

A este respecto, San Román considera que un problema al que se enfrentan bastantes estudios sobre poblaciones marginales en nuestro país es la no presencia sobre el terreno del investigador principal. Muchos estudios acerca de inmigrantes o comunidades gitanas son "*abandonados a la captación inexperta*" de los ayudantes de campo, que consiguen unos datos etnográficos pobres y poco fiables (San Román 1996). Resaltaremos que en esta investigación no se contó con ayudantes a la hora de obtener la información de campo, además de contar con la figura del investigador principal como única persona que incurrió en el campo de estudio, aspecto que le confiere cierta fortaleza a dicha investigación.

En cuanto a la fiabilidad, cabe destacar el esfuerzo de Denzin para delimitar específicamente los puntos importantes de la validez y fiabilidad en la investigación cualitativa, en un intento de crear una analogía entre diversas aproximaciones inferidas a través de la investigación. Los investigadores que utilizan metodología cualitativa generalmente obvian o evitan los términos de validez y fiabilidad; no obstante, en este sentido, aspectos como la veracidad de los datos y la exactitud de su análisis fueron manejados en la presente investigación en términos de evidencia y credibilidad para fortalecer las cuestiones relativas a la validez, aún cuando en muchas investigaciones

etnográficas no aludan explícitamente a ellas en tanto que las consideran un requisito o característica implícita e inherente al propio método en sí.

La etnografía se suele configurar como una combinación de técnicas, lo que hace posible comprobar la validez de datos procedentes de diferentes técnicas a través del recurso de otra técnica, que en este caso son la observación participante y las entrevistas (Atkinson, P. 1994). Así, en la triangulación, se comprueban las relaciones existentes entre los conceptos y ciertamente, podemos decir que la etnografía implica en sí misma una triangulación y asegura la validez.

En nuestro caso, la triangulación nace de la posibilidad de contrastar la información resultante de entrevistas y diario de campo de observación participante. Dicha triangulación, por tanto, favorece en sí misma la validez.

Sanmartín se refiere, a su vez, a un proceso triangular de pensamiento, según el cual, teoría, método y contextualización histórico-social, han incidido de igual forma en la elaboración y obtención de datos (Sanmartín 2003). Ese proceso triangular del pensamiento va y viene sobre cada uno de esos ángulos. En ese recorrido hay que detenerse para considerar con rigor cada dato, cada imagen y cada relación entre los hechos.

Los conceptos teóricos que emergen de los estudios cualitativos se validan continuamente con los datos y el análisis. De esta manera, los datos cualitativos se utilizan también para comprobar la solidez y veracidad de las conceptualizaciones del investigador (Wilson y Hutchinson, 1991 en Corbin 1998).

En relación a la solidez y veracidad de los datos como garantes de validez, existen cuatro criterios centrales para el análisis cualitativo que determinan si una teoría está fundada realmente en los datos:

1. Ajuste: muestra que se ha inducido desde el área de estudio. La teoría o los conceptos encajan en las realidades que se estudian, bajo el punto de vista de los participantes
2. Funcionamiento: da cuenta de las variaciones principales del comportamiento en el área o tema de estudio.
3. Relevancia: se logra con el ajuste y el funcionamiento.
4. Modificación: a medida que surgen conceptos nuevos, la teoría es flexible y se acomoda para integrarlos. Las categorías de un estudio cualitativo, por tanto, han de emerger de manera natural, han de saturarse y han de ser validadas por las personas que participan de la experiencia (Corbin 1997).

Estos diversos aspectos se tuvieron en cuenta a la hora de realizar tanto la captación de informantes como el análisis de contenido de los discursos y notas de campo, como criterios que permitían asegurar la validez.

3.5. CONTROL DE LA REFLEXIVIDAD Y ECUACIÓN PERSONAL.

La separación entre la ciencia y el sentido común, entre las actividades del investigador y las de los investigados, permanecen en el centro tanto del positivismo como del naturalismo. Esto lleva a la obsesión que ambos tienen por eliminar los efectos del investigador sobre los datos. Ambas posiciones mantienen que es posible aislar una serie de datos no contaminados por el investigador, pero la reflexividad implica que las orientaciones de los investigadores pueden tomar forma mediante su localización sociohistórica, incluyendo valores e intereses que estas localizaciones les confieren. Esto quiere decir que no podemos realmente plantear la idea de que la investigación social es o puede ser realizada en una especie de territorio autónomo aislado de la sociedad al completo y del investigador (Atkinson 1994).

La reflexividad es un mecanismo que implica cierto compromiso por parte de los investigadores respecto al realismo, sin obviar lo relacionado con el positivismo y naturalismo, pero sin caer en las formas ingenuas de la subjetividad.

Cada ciencia ha adoptado métodos concretos para controlar la influencia del investigador, pero sin embargo, en Antropología Social, por la propia naturaleza del objeto de estudio, el investigador es un elemento decisivo en lo investigado y parte intrínseca del proceso.

El antropólogo, al estudiar la conducta cultural sólo puede hacerlo en el contexto donde se produce el hecho. Esto nos conduce a la paradoja de que si la observación es el principio de toda ciencia, la cultura como objeto de estudio no se puede conocer solamente con la observación. La metodología de la investigación antropológica requiere una interacción social entre el investigador y lo investigado, es decir, una interacción entre personas. Por ello, el investigador está involucrado en lo que estudia, y sufre un proceso de "*resocialización*" (López Coira 1991).

Una de las medidas a adoptar para controlar la ecuación personal es no sólo observar, sino aplicar la observación participante. Lo paradójico de esta técnica es que para lograr fiabilidad, hay que implicar en ello al investigador, con el consecuente riesgo de la subjetividad.

Puede considerarse tanto una fortaleza como una debilidad el hecho de que el trabajo de campo depende en gran medida de las características personales y valores del investigador, como por ejemplo la amistad hacia los informantes, confidencialidad, honestidad e integridad forman parte de la ecuación personal.

Todo investigador de campo debe tener un buen nivel de adaptabilidad a contextos nuevos, y una buena capacidad de sociabilidad, o habilidades sociales para establecer relaciones humanas, que en definitiva, determinarán la observación participante.

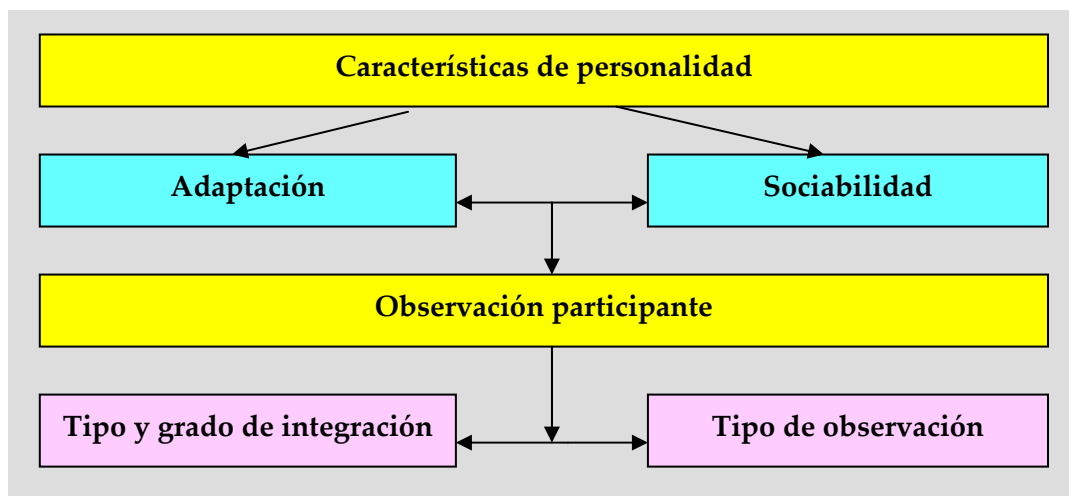


Fig. 3.3 Características individuales en relación a la investigación de campo. Fuente bibliográfica: tomado de (López Coira 1991)

Con la finalidad de intentar controlar otros posibles sesgos que podían surgir asociados al perfil sanitario de la investigadora principal, se optó por no acceder a través de la institución sanitaria a los informantes (cuidadores familiares y cuidadores inmigrantes de personas dependientes/inmovilizadas). Eliminar ese rasgo de identidad en el investigador podía asegurar la obtención de información menos focalizada en lo estrictamente sanitario por parte de los informantes y más centrada en la naturaleza en sí de las preguntas de la entrevista. No se pretendía que los informantes (cuidadores), viesan a una enfermera de su centro de salud que los entrevistaba, sino a un investigador de la universidad, aspecto que consideramos que pudimos conseguir y generó efectos positivos. No obstante, más adelante abordaremos otras posibles limitaciones del estudio relacionadas con el perfil sanitario de la investigadora pero que no influyen, en este caso, sobre el control de la reflexividad.

“La formación antropológica del investigador le ha injertado prejuicios, presunciones, roles institucionalizados, horizontes de expectativa científica y un tronco de doctrina –a través de los cuales- observa e interpreta”(Lisón Tolosana 1983:103).

Tanto la formación como la experiencia profesional sanitaria previa de la investigadora aseguró el desarrollo de ciertas habilidades sociales y de comunicación (la relación con los usuarios de los servicios sanitarios es una de las herramientas de trabajo en Enfermería), aspecto que se consideró beneficioso de cara a la realización de las entrevistas, la observación participante y la incursión y adaptación al campo de estudio.

El hecho de utilizar una vía de acceso diferente a la institución sanitaria para la captación de los informantes, aún con evidentes efectos positivos para la investigación, supuso una enorme dificultad añadida. Teníamos la seguridad de que la institución

sanitaria no habría considerado inoportuna la investigación ni habría puesto obstáculos ante la misma; sin embargo, las instituciones no sanitarias a las que acudimos para acceder a la muestra sí presentaron ciertos problemas, aspecto que se explica con mayor profundidad en el siguiente apartado.

Al influir variables no controladas en la investigación, la posibilidad de replicación de los estudios etnográficos es prácticamente inexistente (López Coira 1991). Se trata de otra debilidad que identificamos asociada a la ecuación personal.

Respecto al sesgo, es importante recordar también cómo los planteamientos teóricos de partida pueden influenciar estudios y reestudios sobre un mismo objeto de investigación, llevando a obtener conclusiones totalmente opuestas (López Coira 1991). Jociles, por su parte, considera que según la técnica de investigación que se emplee, también pueden obtenerse discursos diferentes y por tanto, también resultados distintos (Jociles Rubio 1999).

Lisón comparte esta visión cuando afirma que *“la moda antropológica del momento – a la que uno se adscribe- (...) nos persuade sobre qué es lo que realmente vale la pena investigar y cuáles son las correlaciones mentales imaginativas más apropiadas en el momento de la interpretación (...) en definitiva, la interpretación depende de las normas, convenciones, comparaciones y teorías antropológicas”* (Lisón Tolosana 1983:102)

En este sentido, coincidiendo con Lisón, cabe resaltar que todas las investigaciones parten de unos postulados en su marco teórico que en cierto modo pueden influir sobre la interpretación de los resultados; sin embargo, a pesar de ello, en nuestro caso se consideró que el uso de la Teoría Fundamentada en el análisis de la etnografía permitía ir obteniendo teoría emergente procedente de nuevas categorías de análisis no consideradas al inicio de la investigación, favoreciéndose así el control de un posible sesgo generado por el marco teórico.

3.6 TRABAJO DE CAMPO Y FASES DEL ESTUDIO.

El trabajo de campo comenzó contactando con Cáritas-Murcia y con la Comunidad Evangélica de *“El Rollo”*, en la ciudad de Murcia. Consideramos, como ya se ha comentado, no acercarnos a los individuos y realidades objeto de estudio a través de las instituciones sanitarias formales precisamente por pertenecer personalmente a la profesión sanitaria, intentando así, eliminar cualquier factor que pudiese intervenir en la obtención de los datos o en la dinámica del trabajo de campo. Lo principal era iniciar el contacto y empezar a hacer nuestro camino poco a poco.

En primer lugar, contactamos con la Comunidad Evangélica *“El Rollo”*. El portero que se utilizó fue un contacto personal de quien dependía laboralmente la persona que,

de alguna manera, coordinaba dicha Comunidad. La coordinadora de la Comunidad, nos ofreció la posibilidad de acudir a su centro para contactar con personas inmigrantes, principalmente mujeres, que trabajaban como cuidadores de personas dependientes. Ella era conocedora del perfil sanitario de la investigadora y solicitó, a modo de contraprestación, una serie de 3 sesiones formativas en primeros auxilios para los miembros de la comunidad, muy interesados en el tema debido a sus entornos laborales de cuidado.

De este modo, aceptando las condiciones, se pudo contactar durante los días de las sesiones con 5 personas, a quienes se solicitó su nombre de pila y su teléfono para poder proceder a organizar las citas posteriormente. Esos datos de contacto se guardaron confidencialmente hasta el momento en que se realizaron las entrevistas y se codificaron alfanuméricamente. Durante la siguiente semana se procedió a realizar las llamadas y a organizar las entrevistas. El lugar de la realización de las entrevistas resultó ser un hándicap muy importante durante todo el proceso de la investigación, en tanto que había muchísimos factores que podían influir en cada caso, y tener que realizar las entrevistas en lugares realmente insospechados. La primera fue realizada en la Universidad Católica San Antonio, concretamente en las dependencias del Departamento de Enfermería, lugar donde la investigadora trabaja actualmente como profesora. Esto suponía recoger al cuidador en vehículo personal y llevarlo allí, en tanto que fue considerado un lugar seguro y neutral tanto por el investigador como por el informante, llevándolo de nuevo a su domicilio tras la finalización de la entrevista. El ámbito de los cuidados informales se circunscribe a los entornos domésticos, de manera que el escenario natural donde los cuidadores desempeñan su actividad es totalmente particular y privado. El acceso a nivel domiciliario podía ser considerado, en este caso, además de dificultoso, ciertamente arriesgado por ambas partes (entrevistador y entrevistado), dada la privacidad del lugar. Así, se decidió utilizar la institución universitaria UCAM como lugar de inicio de realización de las entrevistas, ya que, aún siendo una institución educativa privada, resultaba ser un espacio percibido como semipúblico, al ser intermedio entre los entornos públicos y la vivienda. Este aspecto dio mucha seguridad a los individuos estudiados en las entrevistas iniciales, aspecto que favorecía la buena acogida por parte de dichos actores sociales investigados.

Existe cierto énfasis en la necesidad de controlar la neutralidad durante todo el trabajo de campo de cara a favorecer la eliminación o control de sesgos. No obstante, se percibía cierta inseguridad en el entrevistado por el hecho de ir sola en el coche, con alguien desconocido y a un lugar nuevo y que resultaba ajeno por completo.

Las restantes entrevistas fueron realizadas en lugares diversos y completamente diferentes unos de otros, en función de las circunstancias laborales y el horario de cada individuo, de la confianza o la seguridad que tuviesen en el investigador, en tales como el

domicilio de la persona anciana a quien cuidaban, una cafetería, una gasolinera, un parque en la ciudad, un merendero en el Valle de la Fuensanta, el propio domicilio del cuidador inmigrante, etc...Hubo concretamente diversas ocasiones en que el trato dispensado fue absolutamente cordial, haciendo sentir al investigador como un miembro más de la familia, ofreciendo el compartir la comida o merienda con sus hijos, o incluso, habiendo preparado una comida especial típica de su país para que la probase la investigadora, con la particularidad de que ésta era totalmente desconocida para ellos.

Mientras que se realizaban estas entrevistas iniciales a raíz de la Comunidad Evangélica de "El Rollo", se iniciaron los contactos pertinentes con la entidad religiosa Cáritas-Murcia para poder acceder a mayor cantidad de individuos que nos pudiesen interesar desde otro núcleo. Para ello, se llevó a cabo una presentación como miembro y profesor de la Universidad Católica San Antonio de Murcia, siendo respaldada la investigadora en todo momento por la institución y sirviendo como garantía de buena voluntad el carácter católico de la Universidad. Cáritas-Murcia posee una especie de centro formativo donde bastantes mujeres inmigrantes acuden durante el día para aprender aspectos básicos de orden doméstico según las costumbres españolas y a su vez, voluntarios con formación sanitaria, le imparten unas sesiones formativas sobre el cuidado de personas mayores, inmovilizados, primeros auxilios, etc..En ese centro también pueden comer a mediodía.

Esa sección de Cáritas-Murcia actúa como centro formativo y centro proveedor de puestos de trabajo especialmente para las mujeres que llevan poco tiempo en España y situación legal no regularizada. Muchas familias que necesitan un cuidador en casa o un asistente doméstico se dirigen a Cáritas-Murcia para poder contactar con estas personas, asegurándose que tienen unos mínimos muy básicos de formación al respecto.

Existen otras ONG que trabajan especialmente con inmigrantes en la ciudad de Murcia, tales como Murcia Acoge; se optó por Cáritas-Murcia y no por Murcia Acoge debido a que el perfil de personas que íbamos buscando coincidían especialmente con las del centro formativo de Cáritas-Murcia. Además resulta curioso que a Murcia-Acoge acuden principalmente hombres mientras que a Cáritas-Murcia acuden principalmente mujeres.

Durante el año 2008, Cáritas atendió a 146.277 inmigrantes en toda España, de los cuales, 16.684 fueron en la Región de Murcia (Cáritas Española 2008), siendo una de las ONG's que ha puesto en marcha gran diversidad de actividades y programas dirigidos a personas inmigradas. Además de este motivo, se pensó que el hecho de venir de parte de una institución católica nos abriría las puertas con gran facilidad en Cáritas-Murcia, y por todo ello, ésta fue la vía elegida.

Según Goffman, en el transcurso del trabajo de campo, las personas que conocen u oyen hablar acerca del investigador lo encasillarán dentro de determinadas identidades, teniendo en cuenta ciertas características adscritas, así como aspectos de su apariencia y maneras; este "*trabajo de identificación*" debe considerarse por los posibles efectos sobre la información (Goffman 1981). En este sentido podíamos presuponer que, el hecho de pertenecer a la Universidad Católica San Antonio podía actuar tanto a favor como en contra dependiendo de los contextos en los que pretendíamos adentrarnos y de los actores sociales a entrevistar. Como habíamos seleccionado la ONG Cáritas-Murcia, pensamos que nuestra identidad podría beneficiarnos en el sentido de la representación del mismo ideario católico; sin embargo, este punto en común entre ambas instituciones no supuso ningún tipo de beneficio; la experiencia no fue positiva y en este caso, tal y como explicaremos más tarde, tuvo consecuencias negativas por inverosímil que pueda parecer.

La persona responsable de coordinar este centro formativo de Cáritas-Murcia recibió a la investigadora en la sede del mismo y se pudo establecer una conversación donde se exponía la finalidad del estudio y lo que se necesitaba para conocer si era posible conseguir los pertinentes permisos, aclarando tantas dudas como pudieran surgir al respecto. Ese mismo día, sin ningún tipo de impedimento y de acuerdo totalmente con los propósitos de la investigación, se nos proporcionó el archivo con los datos de contacto de las mujeres que habían pasado por el centro durante el año en curso, que en aquel momento era 2007 (Octubre), y del año anterior. La mayoría estaban trabajando como cuidadoras y evidentemente no acudían ya al centro de Cáritas. Además de estos datos, pude contactar con otras 6 mujeres aquel mismo día de la primera visita, que se encontraban allí directamente.

Se obtuvo permiso para poder anotar el nombre de pila y el número de teléfono, tanto de las personas allí presentes como de los archivos que fueron proporcionados. Se sugirió a la responsable del centro que podía ser ella la que realizara las llamadas y actuara como portero para introducir y presentar a la investigadora con las futuras entrevistadas, en tanto que a ella la conocían sobradamente y, por el contrario, a la investigadora no. Comentó que Cáritas-Murcia no podía asumir los costes telefónicos de las llamadas de contacto, así que debería hacer desde otro entorno, es decir, que la investigadora llevase a cabo las llamadas.

Se dio comienzo ese mismo día a llamar a las personas que aparecían en los archivos que nos proporcionaron desde el teléfono móvil personal de la investigadora, pero en todo momento, la presentación se realizó de parte de Caritas-Murcia, y como profesora de la Universidad Católica San Antonio. Algunas de las personas con las que se pudo contactar telefónicamente accedieron gustosamente a fijar la entrevista; otras se negaron por completo y algunas de ellas, no teniendo seguridad sobre la identidad de la investigadora ni acerca de la veracidad de lo escuchado ni de la finalidad de la entrevista,

decidieron llamar a la responsable del centro formativo de Cáritas-Murcia para comprobarlo y asegurarse antes de acudir a la cita. En Cáritas-Murcia negaron conocer nada sobre la investigación, y aseguraron que ellos no habían proporcionado los datos de contacto de ninguna persona a nadie; adujeron no saber de qué les estaban hablando y por supuesto, negaron que ninguna investigadora de la UCAM hubiese estado allí, ni tampoco conocerla.

De repente surgió un gran problema que hizo tambalear la recogida de la mayor parte de los datos de la presente investigación. Esta persona en cuestión, volvió a llamar realizando graves acusaciones a la investigadora y amenazando con interponer una denuncia a la policía refiriendo que se habían extraído sus datos sin aparente permiso de la institución Cáritas-Murcia. Se reafirmaba recordándonos que su situación legal era regular y que podía llevar a cabo esta medida sin ningún tipo de temor ni miedo. Realmente era incomprensible la contradicción de la situación que estábamos viviendo, en tanto que en ningún momento se habían incumplido las normas. De no haber proporcionado la institución los datos, jamás se habrían obtenido; era evidente.

Se acudió inmediatamente al centro formativo de Cáritas-Murcia para aclarar lo sucedido, y la reacción de la persona responsable del centro fue absolutamente insospechada, pidiéndonos que se destruyeran los datos que nos habían proporcionado el día anterior y que no hiciéramos uso de ellos bajo ningún concepto. La reacción de negación sobre el conocimiento del presente proyecto de investigación y sobre la identidad de la investigadora lo asoció simplemente a que no se acordó en ese momento de quiénes éramos y de qué se trataba. No obstante, comentó que Cáritas-Murcia no quería tener problemas con las personas que habían pasado por aquel centro, de manera que a partir de ese mismo instante, quedó totalmente prohibida cualquier posibilidad de contacto a través de los datos de sus archivos.

Ante el cariz que empezaba a tomar la sucesión de los hechos, se sugirió la posibilidad de realizar las llamadas desde el teléfono móvil personal de la investigadora pero en el centro formativo, y que fuera la responsable de dicho centro quien hablara con los cuidadores inmigrantes. Ante dicha solicitud, la reacción volvió a ser otra negativa. La razón que adujeron fue que el en centro no disponían de tiempo para estar haciendo llamadas de teléfono.

Las puertas se cerraban a nuestro paso y las posibilidades de acceder a los individuos de interés de estudio iban disminuyendo vertiginosamente. La población inmigrante no está adecuadamente registrada ni censada, en tanto que la mayoría no tienen regularizada su situación legal, y por tanto, se encuentran en una situación liminar, al margen de la sociedad, donde ninguna base de datos ni listado posible podría permitir la indexación y localización de gran parte de ellos.

Se le pidió un último favor a la responsable del centro formativo de Cáritas-Murcia; consistía en que ella personalmente, llamara desde el teléfono personal de la investigadora a la persona a quien le había comentado no conocernos y no saber nada de ésta investigación, especialmente para que se disculpara ante ella en nuestra presencia. Fue a la única petición a la que accedió. Casual y curiosamente, esta misma cuidadora inmigrante sería entrevistada para esta investigación varias semanas después, a través de otra vía y otros contactos.

La única posibilidad que se pudo aprovechar en aquel momento fue el contacto con las personas que estaban acudiendo en aquellos días al propio centro formativo de Cáritas-Murcia, a la espera de un trabajo o que previamente habían estado trabajando y ahora se encontraban en paro. Aquellas 6 mujeres accedieron personalmente a concertar una entrevista y a proporcionar sus datos de contacto sin ningún problema, de manera que la negativa por parte de la institución no se pudo interponer en aquel momento para que se consiguiera el objetivo.

Las seis mujeres que contactamos en el centro de Cáritas-Murcia y las 5 mujeres de la Comunidad Evangélica “*El Rollo*” sirvieron como núcleo inicial y fueron los primeros entrevistados. A partir de ese momento, se empezó a aplicar la técnica de muestreo no probabilístico de la bola de nieve; cada una de ellas conocía a una o varias mujeres inmigrantes que respondían al perfil de interés de estudio y no sólo nos proporcionaban sus datos sino que en muchas ocasiones ellas mismas ejercían de portero, concertando incluso las citas, acompañándome a los lugares donde iba a realizarse la entrevista, presentándonos, etc... Cada una nos llevaba como mínimo a otra, y éstas, a su vez, también a otras, repitiéndose el esquema de contactos exponencialmente. Si tuviésemos que representar gráficamente las redes de contactos que se establecieron a partir de este momento, podríamos dibujar un árbol (cuidadoras inmigrantes), cuyo tronco se subdivide en 2 grandes ramas (Núcleo de contacto Comunidad Evangélica “*El Rollo*” y núcleo de contacto centro formativo Cáritas-Murcia) que comienzan a subdividirse en 6 y 5 ramas respectivamente y a su vez, cada una de ellas también se ramifica sucesivamente en varias ramas cada una.

La saturación se alcanzó cuando realizamos un total de 25 entrevistas a cuidadores inmigrantes durante un total de 6 meses.

La siguiente fase de la investigación suponía localizar y entrevistar a cuidadores familiares de ancianos dependientes y/o inmovilizados. También mantuvimos en este caso la máxima de no utilizar las instituciones sanitarias formales para acceder a los escenarios de estudio por el mismo motivo que hemos explicado anteriormente.

La red de Centros de Salud (Atención Primaria) del Servicio Murciano de Salud dispone de un programa de atención a pacientes inmovilizados y terminales, según el cual

se establecen revisiones periódicas por parte del personal sanitario para su control y seguimiento en el domicilio; los sistemas de información sanitaria disponibles permiten la obtención fácil y rápida de un listado de pacientes incluidos en dicho programa; además, podríamos haber aprovechado las visitas de control y acceder a los domicilios utilizando como porteros a los enfermeros de referencia de cada paciente. Hubiera sido realmente fácil utilizar esta vía, pero, como ya se ha comentado, se decidió no utilizar los cauces de la institución formal sanitaria para no sesgar la investigación con cuestiones relativas a la formación y perfil profesional sanitario previo de la investigadora.

Se contactó con la ONG Cruz Roja para conocer la dinámica del programa de Ayuda a Domicilio que vienen realizando con personas dependientes que tienen circunstancias socioeconómicas desfavorables y/o no tienen recursos familiares. La finalidad era acceder a los entornos domésticos para entrevistar a los cuidadores familiares a través de este programa. Se solicitaron por escrito los permisos pertinentes y cada cuidador familiar firmó su consentimiento para que se accediera al domicilio a realizar la entrevista. Así, el portero en este caso fue la figura del Auxiliar de Ayuda a Domicilio de Cruz Roja en Murcia. Durante varias semanas acudimos puntualmente con una de las Auxiliares hasta entrevistar a todos los cuidadores familiares de las personas que ella tenía adjudicadas para visitar.

Posteriormente se procedió a acudir con otra Auxiliar diferente para visitar otros entornos domésticos, ya que cada familia es visitada siempre por la misma persona, de manera que el vínculo que se establece entre Auxiliar y familia favorece y estimula la relación de ayuda. Así, cada Auxiliar tiene adjudicadas una serie de familias fijas.

Se continuó acompañando a un total de 4 Auxiliares y entrevistando a los cuidadores familiares, hasta que se alcanzó de nuevo la saturación con la realización de 23 entrevistas a cuidadores familiares.

Para esta segunda fase del trabajo de campo se tardaron también 6 meses.

El trabajo de campo completo abarcó un total de 12 meses (1 año) y se consiguió entrevistar a un total de 48 personas (cuidadores inmigrantes y cuidadores familiares). Cabe destacar que los porteros que nos ayudaron a introducirnos en los escenarios de investigación no fueron informantes en ninguno de los casos.

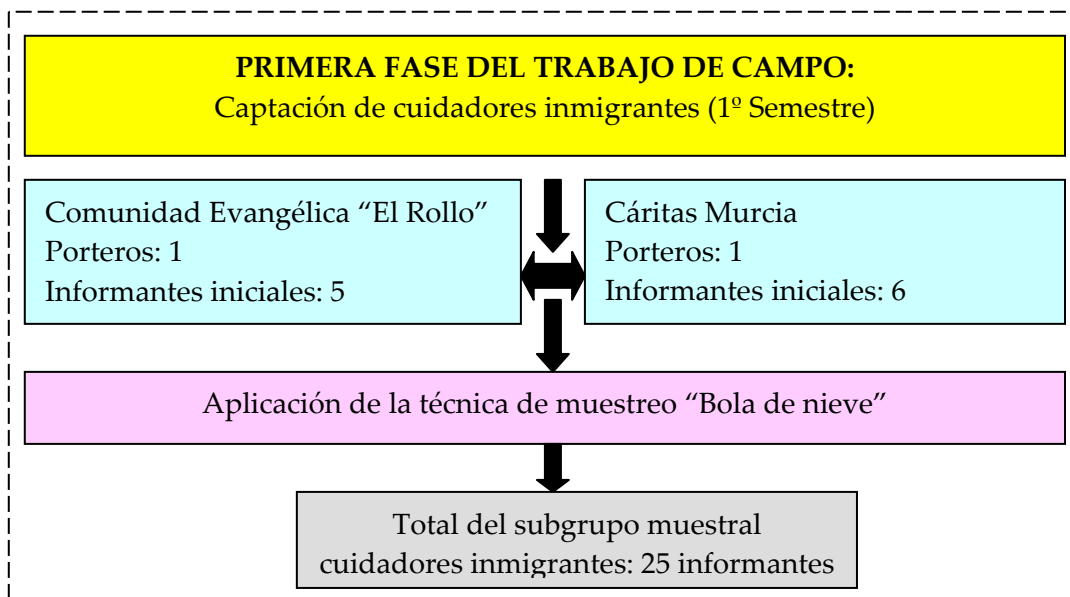


Fig. 3.4 Primera fase del trabajo de campo

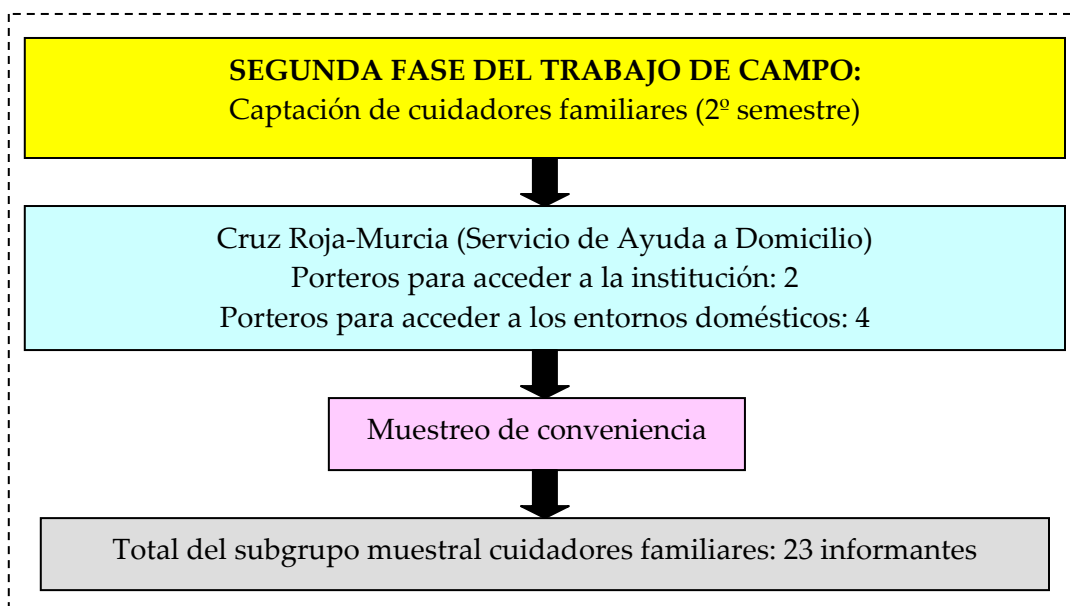


Fig. 3.5 Segunda fase del trabajo de campo

Una vez realizado el trabajo de campo y grabadas todas las entrevistas, decidimos seguir los pasos recomendados por Burnard para organizar el material etnográfico y proceder a su análisis (Burnard 1991):

Paso 1: Cada archivo de sonido digital que se creó para cada entrevista fue descargado desde la grabadora Olympus DS 3000 al ordenador, para poder así ser transcritos. Se hizo una conversión cada archivo extraído de la grabadora en formato *.xml a otro de extensión *.wav para poder guardar una copia de seguridad fácilmente reproducible por el programa Windows Media Player de Microsoft. Se procedió a la transcripción de cada entrevista con el Kit de transcripción Olympus Player, y se codificó

alfanuméricamente cada una de ellas, adjudicándole un número correlativo cada vez y las siglas CI (Cuidador inmigrante) o CF (Cuidador familiar) en cada caso, según procediera.

Paso 2: Se organizaron todas las transcripciones separando las pertenecientes a cuidadores familiares de las de cuidadores inmigrantes y se volcaron dentro del programa de análisis cualitativo MAXQDA-2. Las notas del diario de campo se introdujeron a modo de “*memos*” adjuntos a cada entrevista.

Paso 3: Se relejeron y estudiaron intensamente todos los datos etnográficos para proceder a la identificación de las categorías en el texto etnográfico, tanto las emergentes como las que formaban parte de las entrevistas. Un mismo fragmento de texto podía corresponder a una o varias categorías simultáneamente. Algunas categorías precisaban ser reformuladas tanto para subdividirse como para agruparse, de manera que ha sido necesario recodificar el texto referido a dichas categorías en sucesivas y diversas ocasiones. Se adjudicaba un código de color a cada categoría, de manera que visualmente podía diferenciarse claramente en el texto la presencia de tales categorías.

Paso 4: En esta fase se realizó la extracción de lo que el programa MAXQDA-2 denomina “fragmentos recuperados”, obteniendo el conjunto de fragmentos de texto identificado para cada una de las categorías. Los textos correspondientes a cada categoría se han ido guardando en un archivo de texto, independientes unos de otros, fácilmente reproducibles y extraíbles por un programa de tratamiento de textos como Microsoft Word. Se procedió a la impresión de cada uno de ellos. Consideramos importante durante todo el proceso el poder archivar el material en otros programas de uso común compatibles con el sistema operativo Windows XP (Microsoft Office y Media Player), al margen de los programas específicos MAXQDA-2 y Olympus DSS3000; ante todo, es especialmente importante para nosotros que en cualquier contexto, tiempo o lugar, cualquier persona interesada en el tema de la investigación y que posea simplemente un ordenador, pueda rescatar y reproducir el material etnográfico que hemos elaborado y obtenido sin necesidad de disponer de programas informáticos específicos para ello. De esta manera, tanto los archivos de voz como los archivos de texto resultantes por categorías, han sido guardados doblemente (para programas específicos y para programas de uso común)

Paso 5: Para la elaboración de los resultados, las categorías se describieron individualmente y relacionándolas entre sí. A su vez, se procedió a la comparación constante entre cuidadores familiares y cuidadores inmigrantes. Los resultados se ilustraron con los fragmentos de texto más significativos y apropiados, así como con algunos diagramas de ejes para la representación de resultados cualitativos

Paso 6: El análisis de contenido se culmina con la discusión de los resultados, comparando la similitud o discrepancia de los resultados obtenidos con la bibliografía existente. En este momento de la elaboración del informe final de resultados y su discusión es fundamental la aplicación del programa de gestión bibliográfica Refworks, asistido por conexión permanente a internet. Gracias a este programa se han podido ir insertando las citas bibliográficas durante todo el texto, según estilo Harvard, (muy utilizado en ciencias sociales), y a su vez, también nos posibilita la generación de toda la bibliografía automática y alfabéticamente al final del proceso.

3.7. FUNDAMENTACIÓN Y DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PLAN DE ANÁLISIS.

El análisis del contenido se llevó a cabo yendo más allá del propio contenido en sí, de manera que se intentó analizar la interacción simbólica de las variables emergentes a partir de la codificación y obtención de "*memos*", llegando a la generación de teoría de manera inductiva a través del método de Teoría Fundamentada. En este sentido, confluirán las categorías conceptuales o preconcebidas que han vertebrado las entrevistas junto con las categorías emergentes o empíricas, llegando a la integración de ambas en el análisis que conducirá a la reducción y generación de la teoría.

Cabe destacar que el estudio siguió una metodología principalmente cualitativa, aplicando entre otros, el método de la "*Teoría Fundamentada*", derivada del interaccionismo simbólico, que permite explorar en profundidad los procesos sociales. Se aplicó dicho método para descubrir y codificar las categorías emergentes en el material etnográfico que no responden a los temas y subtemas que vertebraban los guiones de las entrevistas. De esta manera, se seguirán dos procesos paralelos: el primero será el análisis de contenido respecto a las categorías presentes en las entrevistas aplicadas y el segundo será la aplicación de Teoría fundamentada para descubrir y organizar todo el contenido restante, estableciendo relaciones y comparaciones entre las categorías emergentes y las categorías contempladas a priori.

Dicha Teoría fundamentada se utiliza en procesos sociales en transformación continua que no se pueden comprender fuera de ese contexto. Su origen proviene de Herbert Mead, basándose en el interaccionismo simbólico, y posteriormente fue desarrollada por Glasser & Strauss en 1967, y revisada finalmente por Strauss & Corbin en 1990. En nuestro caso, pretendemos teorizar obteniendo un esquema explicativo de cómo se producen los intercambios de ayuda para el cuidado doméstico y cómo está influyendo la inmigración en este proceso.

La Teoría Fundamentada puede entenderse como una estrategia de investigación cualitativa que se utiliza para dar respuesta a preguntas sobre el proceso bio-psico-social básico e investigar tanto categorías preestablecidas como emergentes. Pero también se

puede usar, coincidiendo con Charmaz, como un conjunto de guías y procedimientos que puedan ayudar a cualquier investigador cualitativo a desarrollar conceptualizaciones, más o menos provechosas, de sus datos (De la Cuesta Benjumea 2002). Así pues, la Teoría Fundamentada es una de las primeras formalizaciones del análisis cualitativo y es una de las estrategias cualitativas que más se utilizan en la actualidad.

Para sistematizar un análisis de la realidad social que vamos a estudiar, y de acuerdo con lo que acabamos de comentar respecto a las relaciones sociales en sí mismas y a los sistemas de valores, ideas y creencias, se planteó establecer dos niveles de análisis:

- Análisis de los sistemas de acción (relaciones sociales/diálogo cultural): Nos permite hacer una aproximación explicativa de tipo causal, que nos va a responder preguntas concretas sobre el cómo y por qué de la situación, causas y consecuencias. Éste análisis sería de un matiz más bien funcionalista.

- Análisis de los sistemas de creencias, las ideas y los valores (significado): Nos permite hacer una aproximación analítica a partir de una concepción menos empírica que va a aumentar el cuerpo de conocimientos y a consolidar el anterior nivel de análisis. A este nivel, podemos tomar un enfoque estructuralista (siguiendo a Lévi-Strauss). No obstante, no debemos olvidar que para llegar a conocer los significados, es preciso hacer un análisis simbólico, pues los símbolos están presentes en todos los aspectos de la cultura, de manera que cualquier estudio antropológico debería llevarlo a cabo.

No hay que olvidar que toda teoría pretende dar sentido a unos hechos conocidos por el investigador y por el sujeto de estudio, pero resulta útil la combinación de diversos enfoques. Estructuralismo y funcionalismo tomados de forma conjunta permitirían explicar el funcionamiento del sistema de acción y de creencias completamente para poder pasar al análisis emic/etic o de prácticas/representaciones.

Para poder realizar dicho análisis, se comenzó empleando la codificación línea a línea del texto, la cual facilita la comparación y que según la Teoría Fundamentada, debe ser constante y a su vez, una de las principales técnicas de ésta. El método de la comparación constante implica lo siguiente:

- a) Comparaciones entre individuos diferentes (puntos de vista, situaciones, acciones, experiencias, discursos..)
- b) Comparar información de un mismo individuo obtenida en distintos momentos en el tiempo. Comparar con sí mismos.
- c) Comparar hechos entre sí
- d) Comparar datos (en general) con las categorías
- e) Comparar una categoría con otras (Charmaz 2000) (Glasser 1967).

El método de la comparación constante es la búsqueda de semejanzas y diferencias a través del análisis de los incidentes que aparecen en los datos, permitiendo así la

generación de conceptos y descubrir regularidades en los procesos sociales (Trinidad 2006).

Para hacer avanzar el análisis se realizan unos procedimientos auxiliares, que permiten tomar distancia de los datos, que son además, terreno seguro para poner a prueba las categorías y ayudar al muestreo. Los procedimientos auxiliares descritos en la Teoría Fundamentada son los memos analíticos y los diagramas; los memos son porciones de análisis que el investigador va elaborando a lo largo del estudio y van cambiando según el momento del análisis, permitiendo explorar los códigos y ayudando a vincular la interpretación analítica a la realidad empírica; los diagramas, por su lado, permiten visualizar las relaciones entre categorías. En el proceso lógico del análisis cualitativo, una vez que tenemos identificado el problema y lo codificamos, buscaremos el contexto, las estrategias y consecuencias (De la Cuesta Benjumea 2002). La codificación es un proceso para extraer, nombrar, desarrollar y relacionar las categorías.

Siguiendo una codificación línea a línea como propone la Teoría Fundamentada, el análisis de los datos cualitativos comprende tres momentos.; en el primero, denominado descriptivo, se realiza una codificación abierta para identificar, nombrar y describir categorías; en el segundo, se utiliza la codificación axial para relacionar las categorías; y en el tercero, la codificación selectiva, que completa descripciones, refina categorías e identifica la categoría central (Corbin 2005).

La secuencia de estos momentos no es precisa, comenzando con la codificación abierta, superponiendo después el resto de actividades. Las etapas de la codificación o análisis comparativo continuo, tienen por objeto hacer resaltar las diferencias y similitudes entre los datos para delimitar sus características, sus relaciones y los determinantes de sus variaciones. A veces fue necesario retroceder en el proceso de codificación y recodificar de nuevo cuando aparecían variantes de una categoría preexistente o simplemente, nuevas categorías más afinadas y concretas.

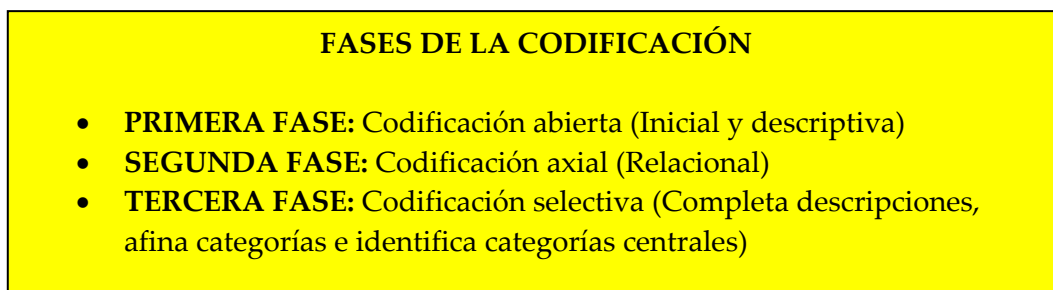


Fig. 3.6 Fases de la codificación

Primera fase: A partir de las entrevistas transcritas, se extrajeron, nombraron y resumieron línea a línea los discursos de los individuos a estudio, etiquetando los distintos elementos de manera exhaustiva, y aceptando que todas las unidades con

sentido y significado se pudieran codificar con el fin de hacer surgir el máximo posible de categorías conceptuales. Es la codificación abierta. En cada una de las etapas nos formulamos diferentes preguntas al total de los datos. Siguiendo a Heirle, en esta primera etapa, nos preguntamos ¿qué hay aquí?, ¿qué es esto?, ¿de qué se trata? (Heirle 2004).

Avanzada la etapa de la codificación abierta, realizamos familias de códigos, agrupándolas en categorías o patrones explicativos de los fenómenos. Especificamos así las propiedades y dimensiones de las categorías identificadas a través de la comparación entre situaciones e intrasituacionalmente, y comparando también con otros incidentes parecidos. La redacción de memos es especialmente útil en este momento, puesto que permite ver los alcances de una misma categoría, así como sus semejanzas y diferencias con otros casos.

Segunda fase: La segunda etapa de la codificación es la puesta en relación de las categorías con el fin de encontrar conexiones, siendo lo que Strauss y Corbin (1988) denominaron como codificación axial. De nuevo volvimos a plantearnos una serie de preguntas clarificadoras, tales como ¿tiene relación lo que tenemos aquí con lo que hay en otro lado? Para avanzar en la delimitación y creación de una teoría, Strauss y Corbin (1990) proponen la utilización de un instrumento que nos ha ayudado a elaborar la teoría en términos de proceso (Corbin 1998). Es el Modelo Paradigmático Casual, el cual está compuesto de una familia de códigos que se describen así:

- a) Condiciones causales del fenómeno
- b) Fenómeno que se estudia
- c) Contexto
- d) Condiciones intermediarias
- e) Las estrategias relacionadas con el fenómeno
- f) Las consecuencias de las conductas asociadas al fenómeno.

Lo más importante en esta etapa fue conexionar las categorías producidas, así como la puesta en relación con sus respectivas propiedades, con el objetivo de refinarlas o de crear nuevas. (Laperrière, 1997 en Heirle 2004). La construcción de la teoría se ha facilitado por la nueva lectura de las notas “*memos*”, tomadas a lo largo de la recogida de datos

Tercera fase: la última etapa fue la codificación selectiva, que consistió en efectuar una integración y un análisis final de datos en relación a una categoría central, que nos permitió integrar el máximo de datos relativos al fenómeno de estudio. La integración, en este caso, responde a preguntas muy precisas, como ¿cuál es el problema principal?, ¿estamos frente a qué fenómeno? o ¿de qué trata el estudio finalmente?

La finalidad de esta etapa fue la de reproducir lo más fielmente posible la organización de relaciones estructurales y funcionales que caracterizan el fenómeno

central del estudio. Así pues, mostrar la variable central es a veces tarea difícil. Finalmente la propuesta de variable central a la que hemos llegado es la integración-adaptación cultural de los inmigrantes en el entorno de los cuidados informales y su influencia en éstos. Esta categoría respeta los criterios propuestos por Strauss y Corbin para una categoría central (Corbin 1998), que son:

- a) Estar en relación con todas las otras categorías
- b) Aparecer con frecuencia
- c) Ofrecer una explicación que resulte lógica
- d) Estar formulada de manera conceptual para facilitar su utilización por otros investigadores
- e) Poder ser perfeccionada con la integración de otros conceptos
- f) Permitir explicar las variaciones que se encuentran en el fenómeno

Este análisis fue inductivo y abierto, finalizando cuando la categoría se saturó, es decir, cuando no había más información nueva sobre la categoría analizada; esto se logra fundamentalmente con el muestreo. La categoría, por tanto se percibió como saturada cuando el investigador se consideró satisfecho con lo obtenido, es decir, cuando no había más información relevante y nueva. Partiendo de que en sucesivos estudios se podría completar y mejorar, debe llevarse a cabo una saturación sensata.

“En etnografía hay, a menudo, una enorme distancia entre el material bruto de la información y la exposición final, organizada y teorizada de los estudios” (Malinowski 1995:65).

Es preciso salvar esta distancia a lo largo de los laboriosos años de trabajo que distan entre el día que se puso por primera vez el pie en el lugar de estudio y se hizo la primera tentativa por entrar en contacto con los individuos, y el momento en que escribe la última versión de sus resultados.

3.8. DIFICULTADES Y POSIBLES LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Entre las limitaciones del estudio, se consideró que la realización de un estudio antropológico centrado en los cuidadores (familiares e inmigrantes) resultó dificultoso debido a diversos motivos: exceso de información pero con escasos datos fiables exentos de intereses varios, posibles sesgos etnocéntricos por la proximidad de los grupos y déficit de accesibilidad, así como la posible influencia de la cosmovisión del investigador en el resultado del análisis al haber pertenecido activa e ideológicamente al sector sanitario como profesional de Enfermería.

Según Atkinson, los actores que encontramos en el contexto del trabajo de campo en muchos casos tienen escaso o nulo conocimiento sobre la investigación social, y por eso, los investigadores de campo se encuentran a menudo bajo sospecha, al menos al

principio, de ser espías, inspectores, misioneros, etc..(Atkinson 1994). En nuestro caso, el hecho de trabajar con personas inmigrantes presentaba, por un lado la dificultad de no existir una base de datos o registro fiable alguno donde pueda conocerse el número exacto y localización de los mismos, de forma que constituyen una población que podríamos denominarla oculta o invisible a efectos censales, en muchos casos debido al problema de la legalidad y/o regularización de su residencia. Añadido a esto, se sumaba esa sospecha que señalaba Atkinson sobre nuestra verdadera identidad, así como de las intenciones o finalidad de nuestra visita, cita, encuentro, etc..En muchos casos los inmigrantes sospechaban que la investigadora principal podía ser enviada por la policía, Extranjería o la Tesorería de la Seguridad Social y los cuidadores familiares temían que pudiera ser un trabajador social perteneciente a Servicios Sociales. La desconfianza existía, incluso se manifestaba en algunos casos verbalmente, aún a pesar de acceder a cada informante de la mano de otro informante previo conocido de ellos, o de un portero en otros casos.

3.9. ASPECTOS ÉTICOS

En cuanto a los aspectos éticos del estudio, cabe destacar que en todo momento se ha respetado la confidencialidad de los datos, asegurando el anonimato de todas las personas que han participado en el estudio. Nunca se manejó información personal de los informantes si la propia persona o la institución (Cáritas o Cruz Roja) no la había facilitado a través de su responsable. Cuando se tuvo que localizar a los cuidadores familiares, lo primero que hicieron los porteros de la ONG Cruz Roja, mediante la cual se accedió a éste subgrupo muestral, fue pasar un consentimiento informado por escrito que debía ser firmado por todos los participantes que quisieran colaborar voluntariamente, en el que aparecía la finalidad del estudio, la institución que lo respalda (UCAM) y la petición de permiso para poder ir a sus domicilios a hacer la entrevista acompañados de los auxiliares de ayuda a domicilio que normalmente visitan a estas familias.

En el caso de Cáritas, los problemas surgieron después de que la institución facilitase libre y voluntariamente los datos personales de los posibles informantes. La falta de respaldo y de responsabilidad institucional de este organismo respecto a la presente investigación propició la devolución de dichos datos personales, destrucción de toda posible copia de éstos y la continuación de la investigación por otras vías. La institución planteó un posible dilema ético donde realmente no lo había cuando ya habían facilitado los datos; dicho comportamiento generó malentendidos en los informantes, dificultando en gran medida la recogida de la información en tanto que dicho altercado influyó claramente en la actitud y predisposición de muchas mujeres inmigrantes relacionadas con el centro Cáritas respecto a prestar su colaboración en la investigación.

En algunos casos, las informantes sugirieron la posibilidad de hacer una negociación donde tanto éstas como la investigadora obtuviesen algún beneficio; la

propuesta, en varias ocasiones consistió en plantear que a cambio de contestar las preguntas de la entrevista, la investigadora podía empadronarlas en su domicilio particular, buscarles un trabajo mejor, ayudarles en los trámites y requisitos legales para la regularización de su situación, etc...en ningún caso la propuesta incluía retribución económica, pero sí incluía beneficios a otros niveles. La investigadora no se comprometió a otra cosa que no fuese facilitarles la información que necesitaran sobre la regularización de su proceso o acerca de otras instituciones u ONG's donde pudiesen prestarles la ayuda que realmente necesitaban. Las informantes del estudio decidieron colaborar a pesar de no conseguir lo que planteaban en sus negociaciones con la investigadora.

“La meta es, en resumen, llegar a captar su punto de vista, su posición ante la vida, comprender su visión del mundo; [...] tenemos que estudiar al hombre en lo que más íntimamente le concierne, es decir, en aquello que le une a la vida” (Malinowski 1995:48).

**CAPÍTULO IV.- ETNOGRAFÍA. ASPECTOS SOCIALES, CULTURALES
Y SANITARIOS RELACIONADOS CON LA CONSTRUCCIÓN DE LA
ANCIANIDAD DEPENDIENTE**

4. ETNOGRAFÍA. ASPECTOS SOCIALES, CULTURALES Y SANITARIOS RELACIONADOS CON LA CONSTRUCCIÓN DE LA ANCIANIDAD DEPENDIENTE

4.1 PROBLEMÁTICA SOCIO SANITARIA DE LA ANCIANIDAD ACTUAL.

La situación de los ancianos en las diferentes épocas y culturas ha sido muy variable; la percepción y la valoración de ciertos trastornos asociados a la ancianidad pueden verse influenciadas por factores socioculturales; así, el deterioro natural de la edad avanzada se acepta mejor en sociedades que asumen, e incluso esperan déficits en la capacidad para tomar decisiones o cuidarse a sí mismos. En cambio, en sociedades más hedónicas se tolera peor el declive de las funciones. Precisamente esta característica es bastante idiosincrática de la sociedad actual.

En las sociedades industriales observamos un modelo de ancianidad que concuerda en buena parte con el esquema utilizado en las sociedades nómadas, siendo los individuos activos de la sociedad industrial los que mantienen con vida a los ancianos sin que éstos tengan poder social ni familiar.

El anciano se retira o lo retiran, y se le asigna un ingreso económico inferior al que necesita para subsistir, sin tener en cuenta que, después de la edad de retiro, las mujeres pueden vivir como promedio 20 años y los hombres 15 años más. Algo significativo y de importancia, en la dinámica familiar y en la relación de dependencia, es la sobre vida femenina mayoritaria en el mundo.

Las generalizaciones suponen elevados riesgos de englobar a demasiadas personas en un mismo perfil aún cuando no se identifiquen con él, pero es una de las pocas formas de realizar una aproximación descriptiva de los valores de la sociedad actual. Si atendemos a los criterios que nuestra sociedad tiene implícitamente, las personas mayores no son bien valoradas. Sólo en función de dos de las características enumeradas tienen posibilidad de ser aceptadas, tales como la satisfacción con el pasado y la sabiduría. Ahora bien, lo que se entiende como sabiduría puede cambiar con el paso del tiempo y no ser los ancianos considerados como sabios sino como personas con esquemas de pensamiento obsoletos.

A las personas mayores generalmente se les infravalora, los roles que desempeñan son frecuentemente poco interesantes, desiguales, con lo que se fomenta indirectamente la alimentación de estereotipos. Luchan con las armas de quienes no tienen poder, se quejan,

critican, se vuelven irritables y fluctúan entre la afirmación de su independencia y a la vez de su dependencia, entrando en una contradicción vital.

Los roles van normalmente asociados a la edad, aunque influyen otros muchos patrones en ellos, tales como los culturales, el género, etc. En las personas mayores los roles también son contradictorios; son roles sin rol, ya que, cuando una persona mayor se desvía de su rol según edad, intentando actuar según los valores y patrones de la sociedad actual, paradójicamente, esa desviación es considerada como algo negativo y, en definitiva, no se respeta.

El sistema de pensiones que paga el Estado es, de alguna manera, la distribución de los beneficios de toda la sociedad a partir del momento en que se considera que no pueden autoabastecerse. Así, desde que comenzó el desarrollo de la sociedad industrial, el elemento sociocultural integrador es la ocupación laboral, y el individuo que no trabaja sufre un tipo de marginación social que implica la pérdida incluso de la identidad y del prestigio; una muerte social.

Las expectativas que tenemos sobre los mayores van cambiando a medida que vamos envejeciendo, según nuestra situación vital se modifica, ya que el proceso de socialización nunca termina y nuestro comportamiento como seres sociales abarca desde el nacimiento hasta la muerte. No obstante, la conducta del rol de edad no está en la actualidad totalmente prefijada, existiendo cierta flexibilidad en tanto que en nuestra sociedad se reflejan gran cantidad de patrones culturales, asociados a diferentes estilos de vida. Los mayores han pasado casi toda su vida respetando a sus mayores, y ahora, tienen que respetar a los jóvenes. La dilución del rol de anciano lleva consigo a su vez la pérdida progresiva de ese respeto, para cuya reclamación se sienten quizá demasiado mayores. Es un aspecto más de la contradicción inherente a la concepción de vejez actual.

Existe una tendencia estigmatizante sobre las personas mayores e incluso hoy día se tiende a generalizar cuando se les designa como grupo-problema en la sociedad. Se les separa de los grupos marginados (drogadictos, delincuentes, los "sin techo"...), pero en realidad se les margina igualmente.

La percepción social de la ancianidad que se desprende de la etnografía por parte de los cuidadores inmigrantes, refleja lo siguiente:

C: " Si hay una persona mayor es como un halago, es como tener un bebé pequeño en casa. Y siempre se hacen cargo los hijos y viven con ellos y no es ninguna carga como aquí representa"
(CI-2)

I: ¿Consideras que los ancianos son todos enfermos?

C: "No, qué va. Hay unos donde también voy a limpiar, que tiene 85 años, y dice que tiene azúcar y la tiene controlada, pero que otra cosa no, y que lo lleva muy bien. Y su mujer

también está muy bien hasta que le dio Alzheimer y llegó a una época en que estaba muy mal muy mal, mal de sus piernas también y el pobre hombre hasta lloraba, y poco me faltaba para llorar con él. A veces se nos caía y no podíamos levantarla, madre mía...pues él estaba cuidándola a ella. El estuvo también fatal en ese tiempo, pero después de que ella falleciera, él está muy bien ahora. Él enfermo no está; el azúcar no es que lo mate tampoco si la lleva controlada" (CI-3)

C: "Y decían que su madre tiene Alzheimer. Es una enfermedad en que ella de repente pierde la cabeza y: nosotros ya no la soportamos más, decía la familia. Ella a lo mejor te grita o te pega; nos ha pegado no sé cuantas veces y a lo mejor lo tira todo al suelo, pero tú no te asustes porque ella está enferma. A mi no me importaba, yo lo que quería era trabajar, pero yo tengo mi hija. Entonces me dijeron que el problema es que si me llevaba a la niña, ella está enferma y le puede hacer daño a la niña. Y un día se puso así, y llamé al médico y me dijo, "Sí, ella padece de demencia, ella padece esa enfermedad y cuando se pone así no se puede hacer nada, e irá a peor, irá a más" [...] Y hablando, decía la ancianita "sois buenísimos, he dado con unas personas buenísimas. Tengo 89 años, pero no me duele nada, estoy bien" [...]; mire, que pasa esto, y hay que ponerle pañales porque de día empezó a no controlar el pipí, se hace en el sofá, en los sillones, por la alfombra, por todos sitios...". No aguantaba, se iba orinando por el pasillo, yo tenía que estar todo el día con la fregona de acá para allá. No podía descuidarme porque en el mismo pipí una noche se resbaló y se cayó, y se había caído, y menos mal que estaba mi marido y entre los dos la levantamos, que si llego a estar yo sola, no podía levantarla...y entre los dos la levantamos, y también a medianoche, a cualquier hora me tocaba fregar, como un bebé, o peor, porque un bebé está en la cuna y en un solo sitio mancha, pero ella iba por toda la casa manchando[...]entonces empecé a ponerle pañales de día, pañales de noche, luego no se acostumbraba, el pañal se lo quitaba por la noche, o sea que daba igual, porque se quitaba el pañal y se iba y otra vez se hacía pipí. [...]Es que empezaba a decir, que esa no era su casa, "llévame a mi casa", decía, "que mi madre me está esperando", empezó a retroceder años, sí, y decía que su madre la estaba esperando para comer, y su madre ya hacía años que se había muerto y que "No, que mi madre me llamó y me dijo que me fuera a comer, y venga y vísteme que me tengo que ir a comer". [...] Y yo tenía que dejarla, me iba a la habitación y no le hacía caso. Y empezaba: será posible, tener valor a no ayudarme a vestirme, y ¿para qué te pago?; y así empezaba, y yo en la habitación y no le hacía caso, y al rato ya se cansaba y otra vez se volvía a acostar y así, y empezaba días así.

I: ¿Piensas que un anciano es un enfermo?

C: No, a pesar de su demencia. [...] Ellos se quedaron un día con ella porque yo me fui, y se quedaron ellos con ella y dijeron que "eso no hay cuerpo humano que lo aguante" (CI-4)

C5: "Allí no viven tanto, eso para empezar. Allí nosotros, somos como los gitanos aquí, que quieren mucho a sus personas mayores. Nosotros somos igual. Allí a las personas mayores se quieren mucho, muchísimo; se respetan, se quieren. Allí se vive mucho en familia. No es como aquí, cada uno en su lado y ya está. No, allí se quiere mucho a la familia. A las personas mayores, los adultos ya no los quieren. Les están estorbando. Que están enfermos, que están pesados, que piden mucho...cualquiera les vale. Prefieren pagar 400 ó 500 euros; como mucho 600 euros para que los cuiden. Mi hermana dice que ahora subiremos la tarifa.

I: ¿Consideráis que un anciano es un enfermo siempre?

C5 y C6: No

C5: *el anciano que tenía antes estaba más animado que yo; salía a tomar su cerveza, salía a comprarse tabaco a escondidas. Luego yo olía a humo y decía que era otro amigo el que fumaba...El anciano que tengo ahora ve mucho mejor que yo, porque está operado de la vista. Yo me tengo que poner gafas para leer y él no. Y escucha mejor....pero se mueren de tristeza, porque las personas mayores, lo que más necesitan es cariño y afecto. Si sus hijos no le dan cariño, no le dan apoyo, yo creo que la persona se muere de tristeza. [...]En verano, sus hijos no eran capaces de cogerlos. Los abuelos son como los niños; andan, pero si no los coges, se caen. Un mes y medio inmovilizado el abuelo, tuvieron que operarlo y ponerle un injerto para restaurar la caída y todo. Se les cayó el abuelo a sus hijos. Pero están mayores, y a esta edad para operarlos....Cuando al abuelo lo han dejado solo, pues se ha caído y está todo lleno de moratones. Pensé que se moría de esa caída" (CI-5,6)*

C: "A las personas mayores, se les tiene muchísimo respeto allá. Aquí, cualquier niño lo manda más para allá a los abuelos. No en mi país; allí los niños no dicen. Aquí hay niñas jovencitas, gritando en plena calle y hablando disparates. Mi niña no lo hará; es como mi padre a mí me crió. Cuando tuvimos marido, ya podíamos hablar más, pero no mientras tanto. Aún así, a mi padre no le gustaba lo que pasa aquí, que incluso la gente grita [...]: No, no....no. Una persona anciana necesita cariño y comprensión, pero no tiene por qué estar enfermo". (CI-7)

C: *Para nosotros ahora, no; los ancianos no tienen que ser enfermos. Tienen mucha vitalidad. Ustedes tienen mucha ayuda desde que nacen y si durante el embarazo te empiezan a dar ácido fólico, ya sabes que el niño va a nacer con huesos más sanos. Tienes todas las leches con nutrientes, con todas las vitaminas que necesita el niño. Se supone que esas personas van a tener mayor longevidad y van a tener mejor estado físico, más sano...Nosotros allá tenemos fábricas de leche, pero todavía consumimos la leche directamente de las vacas, sin pasteurizar, sin higienizar, sin añadirle ninguna vitamina, directamente del animal, como ustedes hacían hace 50 años. Para nosotros, nuestra salud es más deprimente, y las personas no llegan a ancianas" (CI-11)*

C: "La abuelita me trataba mal porque ella estaba mala de la cabeza y hay que disculparla, ¿no? Pero claro, como era la primera, pues en este trabajo yo quedé con un miedo... [...]Con la señora

que saco a pasear yo soy feliz. Ella oye poco; tengo que articularle bien las palabras para que me entienda. A mí me dijeron que la sacara y la sentara allí en la plaza Santo Domingo; yo no la siento allí, porque yo me pongo en el lugar de ella, todo el santo día metida en una casa, sentada o acostada. No voy a traerla a sentarla ahí; yo me la traigo a caminar, y la saco a caminar, a caminar y a caminar hasta que nos cansamos a las dos horas y media....nos sentamos también, cuando nos cansamos. A ella también le gusta parar a descansar, pero le beneficia y a mí también; las dos caminamos. Entonces, yo la ayudo, hago que ella sea feliz...

I: *¿Considera usted que un anciano es una persona enferma?*

C: *No, no porque hay ancianos muy alertados. Yo tuve mi abuela que tenía 120 años y todos los días iba a misa y a la carnicería a comprar". (CI-13)*

C: *"La señora se adaptó a mí, y es que el problema de las señoras mayores, de pronto, no es que necesiten que les den la comida, las asean...no; las personas mayores necesitan cariño. Una señora 13 años sola metida en un Chalet; no veía, era sorda...veía muy poco; no caminaba; caminaba con muletas o con un andador...No tenemos la misma responsabilidad, es lo que yo veo...pero es que era una señora difícil. No quería que nadie la tocara y yo lo hacía, lo que pasa es que a veces, ahí se pasaba...Yo decía, madre mía, ingresar a una persona mayor en una clínica...allí sabemos que va a tener unos cuidados, pero uno tiene que estar. [...] Allá, los que están en un asilo de religiosas es que dicen, es porque el hijo es mal hijo por X motivos. Allá están muy bien. Pero no se ve usualmente; eso es un caso aislado" (CI-15)*

C: *No, yo diría que no todos los ancianos son enfermos, que depende de la persona. Por ejemplo ella tiene días que está muy bien pero hay otros que no quiere nada, que se queda a que le hagan todo, que le pasen la mano, que le pongan la ropa... [...] Allá no es como aquí, e incluso nadie tiene que cuidar a otra persona porque la familia es que te cuida. Mi madre enferma y nosotros estamos con ella. Si estás recluida en un hospital los hijos están ahí, si una va y se ducha, como algo y se recuesta, otros se quedan ahí. Es una costumbre muy diferente a la de aquí" (CI-17)*

I: *¿Qué piensas tú que es lo que más necesitan?*

C: *Pues, ayuda. Parte de atenderlos, como la comida, es la atención humana, conversarles, como niños...te escuchan y nosotros pues, estamos para eso, al menos yo, que nunca estoy calladita; siempre estamos hablando y aunque no se rían, están atentos. [...]No se puede hacer eso, dejarlos ahí. Hay que tratar a la persona con humanidad y humildad, teniendo en mente que uno va a pasar por lo mismo. La vejez llega más rápido que la juventud, y no quisiera yo que me traten mal en la vejez. Para mí son como si fueran niños. A los niños hay que saber también tratarlos bien....dominarlos a veces, porque los hay salvajes... (Ríe). Lo sé bien porque he trabajado con niños. Los niños se encariñan conmigo, pero igual proceso hay de mayor, que vuelven a necesitar que les cambien los pañales. Es la evolución del ser humano. Y tienen que*

tener paciencia, y cambiarle los pañales delicadamente, aunque estén relinchosos, pero tener paciencia, y ya, cuando ya he terminado de cambiarlo y de todo, me dicen "¿ya está?"...."Ya está", les digo. O sea, saberlos..." (CI-21)

C:"Ser anciano no es una enfermedad. Vienen aparte o después enfermedades" (CI-25)

I:" ¿Piensas que todos los ancianos son enfermos?

C: ¿Enfermas de qué...? "(CI-27)

C:" No son enfermos, es la edad de la persona, y es como un crío. Si no le das cariño, pues se hunde. Si le das cariño, la tienes más activa. La persona dura más si tiene cariño y a la vez la estás entreteniendo, la haces reír, porque yo le hago casi una hora que se ría...además, casi siempre estoy, "mamá, ¿qué día es hoy?"...me dice el día..." ¿y en qué mes estamos?' No se acuerda, pero yo se lo recuerdo. Le hago un test para que la memoria trabaje, aunque nadie me lo ha dicho, pero como es como mi madre, cuanto más le hago..." (CI-28)

C:" Hombre, yo no pienso que todos los ancianos sean enfermos, porque hay algunos que están muy bien, y yo lo noto en la calle que andan como nada...y los veo muy ágiles. A mí no me duele nada, dicen...Porque sean viejos no quiere decir que sean enfermos" (CI-29)

C:" ¿Enfermos? Pienso que es una cosa a la que hay que llegar, pero enfermos, no sé. Ancianos no es igual" (CI-30)

La mayoría de los cuidadores inmigrantes tienen una serie de valores y representaciones asociados a la ancianidad que no se corresponden con las prácticas que encuentran en la sociedad de acogida, especialmente, en los entornos domésticos de trabajo. Sólo se extraen connotaciones positivas de la ancianidad, que conforman los referentes que ellos traen de la sociedad de origen, tales como respeto, pertenencia, solidaridad, humanidad, admiración, etc...Sin embargo, en varias ocasiones refieren que las familias llegan a un extremo en el que textualmente, "no soportan" al anciano, evidenciándose una concepción totalmente distinta de la ancianidad en nuestra sociedad actual.

La percepción que tienen los cuidadores inmigrantes respecto a la ancianidad está totalmente alejada de la noción de enfermedad. Resulta curioso este hecho en tanto que contrasta totalmente con la percepción de la familia al respecto. Las personas dependientes no siempre tienen rol de enfermo aunque la actual Ley de Dependencia tiene un fuerte asociacionismo a la enfermedad, especialmente a la categoría *disease* de la misma. Sin embargo nos encontramos con un fenómeno de cambio frente a la categoría *illness* y especialmente *sickness* de la enfermedad en lo referente a la ancianidad ya que empezamos a conocer testimonios de cuidadores que no asocian la ancianidad a la enfermedad sino todo lo contrario, tratándose de personas que se encuentran en situación de dependencia en todos los casos. Aunque la ancianidad está bastante medicalizada y de

hecho el Modelo Médico Hegemónico sigue ejerciendo el control y la legitimación sobre la enfermedad, nos encontramos ante un proceso de desmedicalización de un fenómeno natural como es la muerte y la etapa final de la vida. Este movimiento de la desmedicalización lo identificamos en los testimonios de los cuidadores principalmente, ya que la sociedad, en términos generales, mantiene aún cierta interiorización de ideas relativas a la medicalización de los procesos naturales. Aquí es donde cobra mayor importancia la dimensión social frente a la sanitaria en la problemática y circunstancias que rodean a la persona mayor.

Las dificultades y/o problemas que hay en la ancianidad son más sociales que de índole sanitaria. La soledad es uno de los primeros problemas que quedan expuestos en la situación del anciano, ya que en muchos casos se carece de una estructura familiar sólida que posibilita las formas más básicas de socialización. Hablamos de aislamiento, de soledad social y emocional, constatando lo que en su día describió Fericgla respecto a la soledad en la ancianidad y la situación de liminaridad que describía Turner respecto a esta etapa de la vida (Fericgla 1992, Turner 1988).

El aislamiento es el centro y la causa de buena parte de las dificultades que presenta el anciano, adjudicándole un cambio de rol, totalmente al margen de la sociedad; como decíamos anteriormente, se trata de un *“rol sin rol”*, donde la persona mayor está aislada tanto dentro como fuera de su propio hogar. Ese cambio de rol, se ha intensificado por el cambio en los valores familiares, y éste, a su vez, responde a una transformación familiar debido al cambio social.

Soledad y aislamiento son aspectos que afectan a la salud y al bienestar de la persona pero que no se contemplan desde el sistema sanitario. Son procesos que el Modelo Médico Hegemónico no legitima como padecimientos. Así, comprobamos que las experiencias de aislamiento se presentan como parte del proceso salud/enfermedad/atención, donde la parte social se pierde, afectando negativamente al propio *“self”*. Coincidimos con Kleinman al observar cómo estas experiencias desorganizan las relaciones entre el anciano y su nexo social, tanto a nivel familiar como a mayor alcance (Kleinman 1975).

El cambio social que acontece actualmente, afecta a la institución familiar, a los roles familiares y ligados al género, a la socialización dentro de la familia, así como a las funciones y los valores que se transmiten a través de ella. El mero hecho de derivar la función del cuidado informal de las personas mayores en un cuidador secundario no familiar encierra en sí mismo la incapacidad para cubrir las funciones que tradicionalmente ha cubierto la familia. Estamos por tanto ante un proceso de

“sustitución” de roles familiares en el hogar, y ante fenómenos de “disfunción” familiar, aspecto que abordaremos más adelante. Parsons consideraba que la familia era el modelo idóneo para el mantenimiento de las relaciones personales, los sentimientos y las necesidades emocionales; sin embargo, los hallazgos de esta etnografía demuestran que también el cumplimiento de esas funciones está empezando a ser sustituidas por cuidadores al quedar en buena parte sin cubrir por parte de los miembros de la familia.

Por parte de las cuidadoras inmigrantes encontramos sólo un relato en el que la percepción de la ancianidad y la dependencia son asociadas a la enfermedad debida a los efectos de la medicalización, aún muy presente en esta etapa de la vida.

I: “¿Piensas que todas las personas mayores son enfermas?”

C: Yo creo que sí, porque todas toman muchos medicamentos y si los toman es porque tendrán alguna dolencia [...] Si tiene enfermedades, sí; pero si es una persona de avanzada edad que no tiene más...quizás un poco sí, porque no se moviliza. El hecho de que no se movilice también es de las personas que son deficientes, pero me refiero al hecho de que no pueden hacer sus cosas bien...y ellos dependen de nosotros” (CI-20)

Los roles de anciano y de enfermo son confundidos y entremezclados en la entrevista a esta informante, reflejando una serie de representaciones algo confusas respecto la construcción social de la vejez, más parecidas quizá a las que presentan los cuidadores familiares, cuyos relatos etnográficos respecto a la percepción sociosanitaria de la ancianidad presentamos a continuación:

I: “¿Considera usted a un anciano como un enfermo? C: Sí, pero depende de la enfermedad. Puede que no todos los ancianos sean enfermos.

I: ¿y a las personas inmovilizadas, cómo las ve en un futuro? C: Yo sólo sé que necesito paciencia. No necesito más. Necesito ser más buena; necesito no alterarme. Yo, los pacientes inmovilizados y su situación no sé si cambiarán con la ley de dependencia. Es necesario tener dinero para comprar la silla de ruedas y arreglar la casa para adaptarla. No sé si algo más cambiará. Yo sé que no tengo derecho a nada” (CF-31)

I: “¿Piensa usted que todos los ancianos son enfermos?”

C: No. No porque algunos tienen y otros no tienen. Eso es así. (Se oye de fondo el marido que dice, “yo mismo, yo mismo” No se autopercibe como enfermo) Hay quien lo ve y piensa que es un enfermo, pero él tiene su conocimiento.

Habla el marido: yo necesito a mi mujer porque yo solo no puedo; ella me quiere y yo a ella también, mucho.

C: “Este hombre es que puede hacer poco, porque le dio un ataque cerebral hace 10 años. Estuvimos en la Arrixaca, y desde allí para acá, como fue en el cerebro donde le dio, pues

resulta que él, pues sí se hace cosas, pero muchas, no. Se va de una cosa a otra. [...]A lo mejor en una residencia están más aseados, los lavan de otra manera, les cortan el pelo, los llevan a misa, los duchan en condiciones, los ponen a hacer cosas, puzzles, les dan cosas para enseñarlos y que se entretengan. Cuánta gente que tiene Alzheimer o que tiene Parkinson tiene que estar entretenida porque se duerme, y tener un juego, algo...así que te digo por eso, que eso no se puede hacer, que lo hacen porque tienen que hacerlo, pero es que no. Las personas mayores necesitan una persona que tenga su enseñanza y que sepan de qué va la cosa. La enfermera cuando viene sabía de qué va la cosa, y se ponía con sus guantes, sus cosas, su medicación en condiciones, sus tijeras, sus pinzas...[...] Ella tiene Alzheimer, está muy trastornada hace ya muchos años, y arreglaron los papeles, y se iban a ir allí, pero claro, ellos no pueden pagar lo que eso vale. Mi hermana es la que está mal, temblores en las manos, completamente inútil; tiene ya 85 años. Ella tiene buena mente ¿sabes?, ella, la mente no la ha perdido. Pero claro, no puede hacer nada" (CF-32)

C:" En parte sí son enfermos. Forma parte de hacerse mayor, sí, sí hija, sí. En parte sí [...].Cuando había que sacarlo a algún sitio, pues yo avisaba a mis hermanos y ellos ya venían. Y en seguida, lo llevábamos en el coche. Eso era lo de mi padre, una cosa ya, fuera de lo normal. Y como yo era la que vivía aquí...al lado, pues la que siempre he estado he sido yo. Si yo estaba aquí, y lo oía gritar o lo que sea, pues ya estaba allí abajo, porque mi padre es que no paraba. Mi padre es que no paraba un momento. Gritar, gritar, llorar, llorar, chillar, gritar, llorar...así se tiraba todo el santo día y toda la santa noche. Ni con pastillas, se podía dormir ni quedarse tranquilo. El médico, don Andrés, estaba ya loco, que no sabía qué mandarle para que se calmara. Fue una cosa fuera de lo normal. Y ya cuando lo tuvimos después en el hospital...yo no se si esto te lo estoy diciendo bien...yo te estoy diciendo lo que es...y ya cuando lo tuvimos en el hospital, pues allí estaba más calmado y todo, pero intentaron ponerle la sonda por la nariz para pasarle el alimento y no pudieron. Lo intentaron aquí los del 061 y no pudieron. Lo intentaron en el Rosell y al final se la tuvieron que meter con una endoscopia y entonces, es porque se le iba para el pulmón, y no comía. No podía tragar, una cosa ya...estaba ya fatal el pobre. [...] Cuando vinieron las mujeres dando la alimentación esa que se tiene que tomar por la sonda. No es porque fuera mi padre ni porque estuviera yo ni nada, pero se quedaron pasmadas cuando lo vieron. Dijeron "Raro es la persona que está de esta manera y lo tienen como él está." Pero es que mi padre tenía las rodillas en la barbilla, todo encogido y las manos así, encogidas, como los bebés. Le teníamos almohadillas de esas chiquiticas por debajo de los brazos, por debajo del tronco, por las piernas para que no se rozara..." (CF-33)

C:" Pues no, yo veo que hay personas, como Josefa, que tiene 97 años, que no tardará en venir la mujer, y está de maravilla, de maravilla, para hablar, para hacer las cosas, para todo. Yo no los considero todos por igual [...] Su especialista, me dice, "Ana, le voy a mandar medicinas

para los nervios y para tranquilizarle". Le dije que no me mandara cosas para tranquilizarlo porque no lo necesita. A mí me han preguntado muchos médicos si tiene brotes agresivos porque esta enfermedad es así. Sí, sí, lo sé, pero él no. Él, donde esté, sentado o acostado o donde sea, no oyes su boca; lo que pasa es que claro, se queja, porque todo lo que tiene en la cabeza le viene y le sale por la boca. Se le olvida hacer el esfuerzo de toser; tose, pero no arroja. Él no puede arrojar. No puede, y se pone que para qué, pero de lo demás, él es una balsa de aceite, de maravilla para estar con él, pero claro, tienes que estar con él a cada momento. Si no estás con él a cada momento, no lo tienes como tienes que tenerlo. Estos males que él tiene, es eso. Tú tienes que tener su cerebro y el tuyo. El suyo no vale, y tú tienes que comprender y ver que si tendrá sed, si querrá comer más, si le estaré dando demasiado de comer, si le daré poco, si querrá más agua; tienes que adivinar y tener su cabeza y la tuya. Así que, te pones...porque claro, él no puede...mastica, eso sí, pero los dientes se le han quedado a ras de la encía, y las uñas también se le hicieron tierra. Las uñicas, se le hicieron también tierra, y dicen que es de la enfermedad o de las medicinas, o no lo sé, yo eso no lo sé. Pero claro, tienes que adivinarlo todo. ¿Qué querrá? Esto, lo otro..." (CF-34)

C: "Y estas enfermedades les da cada vez a personas más jóvenes. El otro día salió hablando un médico en la tele que a personas con treinta y pocos años ya les había dado principio de Alzheimer. Yo toco madera pero no nos escapamos... (Ríe). Dice que del estrés y todo eso sale el Alzheimer. Anda que vamos a terminar buenos." (CF-35)

I: " ¿Piensa usted que todos los ancianos son enfermos?

C: Bueno, todas las personas enfermas no están. Pues eso, aunque estén de edad mayores. Hay algunos que están mayores pero no están enfermos. Entonces, a eso no se le puede llamar enfermedad, a eso se le llama ancianidad.

Persona mayor: "Tengo una enfermedad que, ahora estoy mejor pero no podía andar".

C: "Ella lo tiene todo mezclado, un infarto en la cabeza, y algo de Alzheimer. Y la depresión la tiene ya tiempo" (CF-37)

I: " ¿Y cuida usted de su marido, no? ¿Qué le pasa a su marido?

C: Tiene Alzheimer de ese. Pues ya lo ve usted lo que le pasa (está muy agresivo y discutiendo con la auxiliar de ayuda a domicilio porque no quiere bañarse. Lo llevan obligado a la ducha). Pues que no tiene cabeza; eso es lo que pasa. Cabeza no tiene. ¿Tú crees que para bañarlo, si no está aquí mi hijo, no se puede bañar...? Esto...yo no sé...

I: ¿Lleva algo en la medicación para que no esté tan agresivo?

C: Si lleva....me gustaría que hablara usted con el médico de cabecera, con D. José Hernández Soler. Me gustaría que hablara...Pregunte, y verá lo que le dice. Está de él hasta aquí, ya, harta de él.

I: *¿Cuánto tiempo lleva así?*

C: *Ya llevará al menos 10 ó 12 años*

I: *¿Era él antes así?*

C: *¡Qué va!...Antes de tener la cabeza perdida, no" (CF-38)*

I:" *¿Qué piensa que va a ocurrir con tantas personas mayores en esta situación?*

C: *Hombre,...hay cosas que pasan que no deberían de pasar. Empezando por ahí, hay cosas que pasan que no deberían de pasar, porque si esto que le ha pasado a mi mujer, no le tenía que haber pasado. Porque eso que se detectó en la cabeza ya a última hora, porque yo ya, al médico de cabecera le dije que me iba a urgencias ahora mismo. Si me hace usted un parte, me lo hace y si no me voy igual. Entonces se detectó el tumor en la cabeza. Si ella, que ha estado 3 ó 4 años rara, por decirlo así, pues los médicos tenían que haberlo cogido más a tiempo. Eso por un lado. Eso es lo que tenían que evitar que no pasara. Por ejemplo, que se llaguen las personas, pues también deberían de buscar los medios para que no les saliera ninguna escara. Tendrían que buscar los medios. Porque sale en 15 días y tarda un año o dos en curarse. Bueno, en 15 días no, en horas...entonces, eso es una cosa que tenían que verlo, vamos" (CF-39)*

Persona mayor": *yo la tengo que tener 24 horas, y ella está mala, está peor que yo de la columna y de los pies...peor que yo" (CF-41)*

C: *Yo veo que aunque tome su relajante y eso para dormir por la noche, no es suficiente para tenerla relajada durante el día. Es que antes, cada 6 meses le cambiaban la medicación, porque como lo del Parkinson va mal para el Alzheimer y tiene las dos cosas juntas, y además, tiene las enfermedades en grados de evolución distintos, pues cada 6 meses le cambiaban una y a los 6 meses la medicación de la otra ¿.Te acuerdas aquello que le dio hace un año en Enero que se quedó media hora inconsciente total...y como desmayada...? (CF-42)*

C2:" *Yo creo que no todos son enfermos (marido de la cuidadora; hermano de la persona mayor. Transplantado de hígado)*

C1: *Prácticamente, sí. Hay algunos que se mañean ellos hasta cierta edad, pero hay más que sean enfermos que sólo ancianos" (CF-45)*

I:" *¿Considera usted que ella es una enferma?*

C: *Bueno, ella está enferma del corazón...pero ella se maneja bien. Se maneja bien respecto a que ella no está en una cama.*

I: " *¿Aguanta usted sentado algún ratico?*

Persona mayor: *no, no, si no puedo...es que en esta cama no te puedes sentar en ella; sube pero*

se queda medio acostado” (CF-47)

C: “Un anciano, como yo digo, es que no se puede mover. Y un enfermo, pues está enfermo. Pero que una cosa no es lo mismo que la otra. Yo creo que vejez es una cosa y enfermedad es otra

I: ¿Necesita ella andador?

C: No, lleva muletas. Desde que la operaron, el médico le dijo que las tirara y ella no lo ha hecho. Va más segura. Lleva dos muletas. Y andar, le dijo que andara y no anda. Nada más que comer y engordar y ya está. Y yo, en una silla de esas blancas, allí la siento y la enjabono mejor. Brego menos así que de la otra forma. Es que así, se queda mejor que si tengo que estar “túmbate para este lado, túmbate para el otro”. Ayer le lavé la cabeza también, y le corté el pelo” (CF-48)

La percepción social por parte de los cuidadores familiares hace más hincapié en la enfermedad como característica asociada a la ancianidad. Se centran más en las necesidades de salud que en la dimensión social de las necesidades del anciano; mientras que el cuidador inmigrante percibe problemas de soledad y aislamiento principalmente, el cuidador familiar destaca los inconvenientes de la movilidad, del tiempo y el déficit de ayudas económicas. La visión del cuidador familiar es mucho más cerrada y llena de connotaciones negativas en comparación a la percepción del cuidador inmigrante, cuando las situaciones que viven unos y otros son de una tipología muy similar.

El cuidador informal parte de unos referentes respecto a la familia y la ancianidad en su sociedad de origen que son muy diferentes a lo que encuentra aquí. Así describen ellos el contraste y las diferencias que perciben entre ambos contextos:

C: “No se ve lo mismo que aquí, gente en la cama, Alzheimer...eso no. Yo me extrañé mucho cuando vine aquí, porque allí la gente o se muere antes o se muere muy mayor, pero permanece de pie hasta el día que se mueren. Yo no sé por qué será...la abuela de mi marido creo que tiene 95 años y creo que ve hasta mejor que yo, y está más sana. Yo creo que hasta yo estoy más enferma que ella...es verdad. Sí, pero la mujer está muy bien, no sé, por lo que sea, la alimentación que haya tenido ella, no sé. La abuela de mi marido no sé, está muy bien. Mi madre está delicada. Está un poco mayor, pero que ella se siente bien, no puede parar, no puede estar en la cama [...] Suelen morir de cáncer y así. El Alzheimer son contadas las personas que lo tienen. Lo que sí más hay es el cáncer al estómago, cáncer al útero, y los hombres al pulmón. Se mueren de otras cosas, pero de esto del Alzheimer, no. Son muy raros los casos, son rarísimos” (CI-3)

I: “La situación de los ancianos y las personas mayores en tu país no es igual que aquí...háblame de eso”

C: No, porque allí están más fuertes. Será porque no toman tanta medicación. Yo no se lo que

es pero están bastante mejor. Yo, en mis 20 años no oí un caso de Alzheimer ni de demencia, no se ha oído. De donde yo soy, de Cuenca, no". (CI-4)

C5: "No se llega a tanto, porque nosotros morimos temprano. Pero allá 70 ó 72 como máximo. Vamos, si se llega a 80 es como para sacarlo en la tele." (CI, 5-6)

C: "Alzheimer, no. Yo conocí eso aquí; yo, ni sabía el nombre, no sabía ni pronunciarlo. Lo que sí hay más son situaciones desagradables que a mí me dan mucha pena, que yo no debiera verlos, creo. Hay personas enfermas del corazón.[...]. A mi padre no le gustaba lo que pasa aquí, que incluso la gente grita, no hay respeto a los mayores" (CI-7)

C: "El índice de mortalidad en nuestro país es ya a partir de los 60 años. Una persona de 60 años es anciana. Es mayor y no puedes conseguir trabajo de ninguna clase. Normalmente fallecen más los varones mayores y las mujeres quedan viudas. [...] Hay mucha gente enferma, por nuestra propia alimentación tan pobre que hemos llevado." (CI-11)

C: También los hay que duran mucho. Y conocí un vecino que tenía 100 años y yo me quedaba aterrada. A las 6 de la mañana estaba en el maizal, en la siembra. Y yo pienso que eso es lo que lo mantenía tan bien. Aquí están todo el día en el piso; la persona no tiene nada que hacer. Y entonces eso es lo que hace que las personas mayores se sientan depresivas. [...]. Allá no hay depresión casi, ni tanto Alzheimer. Yo tuve depresión y no sabían qué era, me dijeron que era del azúcar. Un especialista me dijo que tuve depresión, pero casi no la conocen ni la reconocen. Una sola doctora lo supo. Yo no lo sabía; ni yo sabía que tenía depresión. La presión de que mi hija se venía, que se casaba, que me quedaba sola. En cambio aquí yo veo a muchas personas jóvenes con depresión, con ansiedad...Allá yo nunca he visto personas mayores enfermas. Sólo vi un señor con Parkinson, y sin embargo aquí en la Iglesia veo a muchas abuelitas enfermas, otra que se murió...Allá sin embargo, aunque viejitos, caminaban y hacían sus cosas. Yo pienso que es porque allá tienen más actividad. Cáncer y enfermedades del corazón, sí que hay. Pero Alzheimer y eso que se ve aquí, no" (CI-13)

C: "No hay Alzheimer, ni tampoco matan los maridos a las mujeres [...] No, hay una parte de Ricabamba que duran más de 100-110 años. Es un pueblecito que pertenece a la sierra. Mi padre murió de 75 años, pero hay personas que viven 80, 90, ó 95 años. [...] Poco del corazón, y la obesidad tampoco. Somos gorditas nosotras pero no obesas. Del corazón no le puedo decir. El cáncer ya se está propagando más allí en Ecuador. Todas las personas que mueren son de cáncer"

C: "No. Allá viven muchos años, pero la familia los cuida" (CI-20)

C: "Allí se mueren de 50 ó 60. Apenas llegan a 80, casi no llega nadie" (CI-24)

En sus lugares de procedencia, la familia sigue asumiendo el cuidado y

manutención de las personas mayores, funciones que aquí en España asume el Estado a través del sistema de pensiones y con el desarrollo de la Ley de Dependencia. Sin embargo, resulta incongruente este planteamiento en tanto que en España se parte de un modelo familista respecto a la atención a las personas mayores, y se cuenta implícitamente con la estructura familiar como base del soporte necesario al mayor. Prueba de la inconsistencia del sistema es la delegación del cuidado informal de mayores a cuidadoras inmigrantes no familiares, elemento que no se contempla como recurso por parte del Estado.

Podemos observar cómo las cuidadoras inmigrantes refieren explícitamente un perfil epidemiológico concreto de la ancianidad en sus contextos de origen totalmente distinto al nuestro, donde no se alude a casos de demencias, procesos de deterioro cognitivo y neurológico ni depresiones. Se resaltan las enfermedades de origen cardiovascular y los procesos oncológicos, con muertes precoces en comparación a la esperanza de vida en España. Apuntan la desmedicalización de la ancianidad como posible factor modulador de la epidemiología de las personas mayores y favorecedor de la longevidad; este aspecto es directamente asociado, según sus discursos, a estilos de vida saludables, más propios del entorno rural que del urbano. Así, muestran una panorámica de la ancianidad como referente caracterizada por casos de gran longevidad y ancianidad saludable, que coexiste simultáneamente con muertes precoces asociadas a procesos tumorales y cardiovasculares.

Sólo una informante refiere un perfil epidemiológico de la ancianidad en su país que presenta características similares al nuestro. Resulta muy curioso cómo la cuidadora asocia ciertos efectos epidemiológicos a la estructura social. Son las clases medias las que sufren el tipo de enfermedades que afectan en mayor medida a la ancianidad española.

C: "Sí que se da. Yo he trabajado allí, y sí hay personas con Alzheimer. Son las personas de clase media. A esa edad, los pobres están muertos ya, pero estos problemas se dan en la clase media y alta. Yo he vivido entre la clase media y la alta, normal. Y en la clase media se ve, y en la clase alta también. También la demencia senil se ve" (CI-21)

4.2 LA FAMILIA Y EL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN ANTE LA ANCIANIDAD

Como hemos visto anteriormente, la percepción de la situación del anciano por parte de los cuidadores inmigrantes se centraba especialmente en el aislamiento y falta de apoyo social.

La familia constituye la unidad donde en forma directa o como mediadora, se constituyen y operan algunos de los principales determinantes de la salud de los diferentes grupos etáreos, destacando el de las personas mayores, siendo la institución sobre la cual repercuten en forma directa las consecuencias de los cambios

socioeconómicos y políticos actuales. También es la unidad a partir de la cual se constituyen y se organizan las redes sociales que intervienen en el proceso salud/enfermedad/atención, así como el eje en base al cual se articula el uso de servicios pertenecientes a diferentes sistemas culturales de salud y modelos médicos.

Para Menéndez, la familia-grupo doméstico constituye el grupo social, institución y unidad de análisis que establece en forma estructural el mayor número y tipo de relaciones con aspectos significativos del proceso salud/enfermedad/atención, teniendo en cuenta que es la unidad donde se da la mayor frecuencia y recurrencia de padecimientos y enfermedades (Menéndez 1993).

Cuando el proceso salud/enfermedad/atención acontece en la ancianidad, los principales pilares en los que se sustentan las nuevas experiencias vitales son la familia, las redes sociales y los grupos de autoayuda. El problema surge cuando ninguno de esos pilares permanece en pie y la estructura que constituían se rompe.

Las pautas sociales que marcan el ritmo de los grupos filiales, impiden dedicar tiempo suficiente a cumplir con la obligación ética de ocuparse de los ancestros, de forma que se acaba manteniendo una relación de intimidad a distancia.

Las personas que tienen problemas de salud crónicos y altamente invalidantes, no sólo se convierten en un elemento poco rentable, sino que, además, pasan a ser un elemento que no sólo no produce, no dejando producir a los que tiene a su alrededor, ya que precisa del cuidado de éstos. El reflejo de esta realidad en su grado máximo está en lo que entendemos como paciente inmovilizado y persona dependiente, por lo que es imprescindible que la sociedad actúe fijando una política sanitaria, encaminada a intentar minimizar los múltiples problemas que se presentan a estas personas y a las familias.

Cuando nos acercamos a la situación familiar del anciano, volvemos a encontrar discursos que aluden al mismo problema, es decir, la ruptura de la estructura familiar como sistema de protección social, y por tanto, un déficit de cobertura de los fines sociales que posee como institución, tal y como podemos observar en los siguientes relatos etnográficos:

C: "Esta persona tiene familia, su hijo, pero la visita muy esporádicamente cada 4 meses. Es ya casi como si fuera mi abuela. Ella tiene hermanos cerca pero no la visitan, tiene una cuñada por ahí pero no la visitan porque como dicen que ha perdido la cabeza..., pero yo la veo que no ha perdido todo, porque yo hablo con ella y en algunas cosas dice sí...para mí es mi abuela. Yo llevo una vida como si fuera mi hogar y mi abuela. El hijo, la última vez que estuvo sí que me lo reconoció, me lo dijo . Que si yo me fuera a mi piso, porque ahora me van a entregar mi piso, que me la llevara allí. Que la ve bien, y la nuera también. Pero claro, la abuela no me dice nada.

El abuelo anterior, ya murió él, me había dicho que no me echaran de la casa hasta que no me dieran mi piso, entonces la hija, para alquilarla tuvo que pedir mi consentimiento. Era una cosa...estaban muy a gusto con nosotros. [...]Lo único, que no estaban sus hijos, pero se sentía en su ambiente".(CI-2)

C." Y nosotros ya no la soportamos más, decía la familia [...] En esta casa, esa señora me ayudó mucho. Luego, tenía una hija que creo que tenía 45 años y ella era profesora de una academia y también tenía una enfermedad, que era depresión y entonces venía a la casa y lo único que hacía era cargarse contra mí. Venía de la calle enfadada o cualquier cosa, o le daban esos ataques de depresión[...]. No tiene hijos, ni hermanos, solo tiene sobrinos y están muy agradecidos, y los sobrinos vienen a verla de vez en cuando o por teléfono la llaman, pero así, verla así seguido, ellos no vienen a verla seguido, a lo mejor a los 15 días, cuando pueden, porque son abogados, otro trabaja todos los días, no tienen tiempo de venir y yo sé que eso es así"(CI-4)

C:" Estaba sola, no tenía familia la primera señora que cuidé. Vivió poquito, pero como no tenía hijos, pues los sobrinos se han quedado todas las casas. Los sobrinos no le hicieron nunca ni una llamada telefónica, ni venir un día; estuvo un mes sin salir del hospital; noches que no dormía; a veces, decía: que venga alguien que estoy que me caigo. No podía más, me caía de pie, de sueño y de cansancio. Pero me daba lástima porque no tenía a nadie. El día que se murió, a los quince minutos me echaron los sobrinos de allí; me tuve que llevar mi ropa en una bolsa de basura. Dijeron que todo el mundo fuera, para que nadie viera nada..." (CI-5,6)

C."Yo pienso que las personas aquí son más duras de corazón, parece que no les importa lo que sufra su padre o su madre, con tal de no gastar dinero o no querer saber nada.[...] Hay personas que no lo hacen, que ellos, los hijos, prefieren irse y dejarte allí con su padre o con su madre; y se olvidan".(CI-7)

C."Si tu necesitas a alguien para que se quede con tu madre porque tienes muy poquito tiempo, y tú le pagas a alguien para que se quede, por lo menos, si tienes un ratito, te acercas a ver a tu madre y te tomas un café con ella o un vaso de agua, y la ves. Yo aquí no he visto esa clase de personas. Aquí, contratas al cuidador y ya está. En el primer trabajo que estuve, ese señor, todas las tardes iba a visitar a su padre; salía del trabajo y se iba a visitar a su padre antes de irse a su casa. Y yo, de todas las personas que he conocido, es la primera persona que he visto que era así con su padre. Me alegraba porque el abuelo se sentía solo. Bueno, no es lo mismo porque me tenía a mí, pero, por ejemplo, una noche dijo que no podía ir, y me llamaba, cómo estaba la cosa, cómo estaba la situación pero el abuelo lo extrañaba, y yo le contaba. Le decía que me había llamado pero que estaba liado de trabajo. Ellos sienten, notan que...ellos necesitan cariño. No se necesita que haya una enfermedad para que se esté pendiente. No lo veo bien. Yo pienso mucho en eso" (CI-9).

C:"Estoy cómoda con la señora que estoy trabajando. Ella es profesora jubilada. Tiene 94 años

y tiene mucha vitalidad. Está muy estable y bueno, nos vamos ambientando. Solamente ella y yo estamos en la casa [...]; la señora tiene su casa, su familia, viven aparte. La anciana vive sola".(CI-11)

C:"La señora que me consiguió el trabajo me dijo que no era un trabajo para tomárselo como un trabajo, sino para ayudarlos a ellos, porque ellos vivían solitos, tenían dos hijos.[...]La hija siempre decía que qué iba a hacer con el papá.[...]la señora hablaba con su hija, que quería ver a su hija. Venía su hija y decía "a ver, qué hace falta hoy, ¿hay que comprar algo?". Venía su hija y se iba...Yo decía, ¿cómo no le da un abrazo? Hable con su mamá, porque imagínese, claro, eso es muy importante. La situación de aquí, allá es impensable. .Lo que a mí me mataba era todo eso, que me decía la señora, los hijos que no la visitaban, todos los días llegaba quejándose, "es que mi hija, es que mi hijo, no se qué..." Me iban a matar. Allí estábamos los tres; los dos abuelitos y yo. Eso es lo que me daba tristeza, porque yo veía que necesitaba a su familia, sus hijos, su sobrino. (CI-13)

C:"Una señora 13 años metida en un Chalet; no veía, era sorda...veía muy poco; no caminaba; caminaba con muletas o con un andador. Su hijo, no le podía dar todo el cariño que ella necesitaba porque su profesión no le permitía eso.[...] Allí en la habitación hubo un caso de una señora que no tenía familia; una chica de Cartagena cuidaba enfermos, les daba el desayuno...todo. Pero fue el primer caso que yo vi así. Las madres se preocupan por los hijos para sacarlos adelante, y que yo no sé, pero a esa mujer la dejaron sola, con una chica que cuidaba a 5 enfermos a la vez. Después de haber visto aquello, yo me siento orgullosa de haber cuidado a la señora del chalet, porque le tomé tanto cariño, tanto, tanto cariño. Por ejemplo, mi suegra tuvo un cáncer, y cada día, durante 8 meses que estuvo en cama, cada día estábamos junto a su cama 5 u 8 personas. Nos quedábamos todos. Yo llegaba a las 8 de la noche de trabajar y nos quedábamos todos. Aquí es difícil eso...por eso, yo pienso que cuando llevas a una persona al hospital no se muere tanto de la enfermedad sino de tristeza, de tristeza" (CI-15)

C:"con el anciano que yo cuidaba una de las cosas que me dio mucha tristeza a mí, porque tenía cáncer y él estaba en lo último y yo lloraba porque yo nunca había visto una persona así en mi vida. Yo me acuerdo de él, le daba de comer y eso, y estaba consciente. El último día por ejemplo, estaba lúcido y no quería irse al hospital y yo estaba ahí con él. No quería comer y le decía al hijo que le trajese algo y él decía que no, que el médico no lo aconsejaba, y yo le decía: pero que más da, son los últimos días de su vida. A mí me daba mucha pena porque había mucha frialdad por parte del hijo. Y su hija pequeña tenía 12 años y no preguntaba nada, quizás porque era muy pequeña o porque no le tenía cariño. No hay ese cariño, ese amor, ese dolor o no lo esperarán o lo tendrán dentro y no lo expresan, la verdad no lo sé. Pero siento que se esfuerzan mucho, que quieren dar mucho, pero lo más importante que es el amor, el estar

juntos, al final veo que eso no hay.

C: *Yo creo que en su casa la persona se siente más cómoda, más mejor, pero en el caso de cuando ya fallece, creo que no porque si lo cuida una empleada eso es muy duro, ver morir a una persona es muy duro. Ver que uno no puede hacer nada porque normalmente el ser humano cuando vemos a alguien que se está muriendo deseamos hacer algo y no queremos quedarnos ahí y que se muera. Entonces yo para mí, por ejemplo, cuando él estaba ya que se moría su hijo quería que lo dejásemos en la casa pero yo le dije al doctor que no porque no lo resistiría verlo así. Si hubiesen estado sus hijos, su hija, entonces hubiese sido la cosa mejor.[...]; su hijo no iba, desde que yo estuve ahí fue a lo mejor seis veces” (CI-20)*

El modelo universal de familia nuclear (padres e hijos), produce ancianos aislados que pasan a depender de la colectividad en función de los mecanismos de redistribución social y las instituciones (Fericgla 1992).

La familia mantiene un rol de unidad fundamental en nuestra sociedad y sigue siendo un elemento básico de nuestro sistema de protección social, hasta el punto de establecer una fórmula en que la familia es igual a “*Estado de Bienestar*”, donde la solidaridad, la reciprocidad afectiva y la ayuda económica se presuponen a priori, ocupando un papel nuclear fundamental en la sociedad del bienestar. Una de las percepciones más importantes asociadas al bienestar que proporciona la familia suele estar asociada al valor de la seguridad.

En este sentido, una familia que proporcione una red de apoyo ante las transiciones y crisis vitales, que acepte la diversidad de opciones ante la vida y que a su vez proporcione seguridad, tolerancia y solidaridad para afrontar los diferentes retos del desarrollo, supone una gran ayuda para recorrer con éxito el camino a lo largo del ciclo vital (García 1998).

La hospitalización de estas personas, permanente y continua como solución al problema, sería algo poco humanizado, surrealista, tremendamente costoso para el sistema sanitario y en última instancia, innecesario; así, la atención a estas personas se convierte en un punto de gran interés para los cuidados de salud en el ámbito doméstico, debiéndose articular los cuidados profesionalizados en asistencia domiciliaria desde los servicios de Atención Primaria de Salud, con los cuidados informales y el apoyo social. Acercar la asistencia sociosanitaria al lugar donde preexistían los cuidados familiares e informales de salud, permite mantener a la persona en su entorno natural, aunque no se consigue evitar el aislamiento y cierto grado de marginalidad social.

“Las enfermedades graves o crónicas dejan de garantizar el mantenimiento de la conducta de rol social normal” y se interpretan a veces como una imperfección o desviación (Rivers en Kuschick 1995:153). “En el enfermo crónico, de manera informal se crea una comunidad de destinos que ayuda a soportar esta condición.[...] a menudo su experiencia afecta

a sus relaciones familiares. Replegado en sí mismo, menos investido en relación con los suyos, frenado en su actividad, limitado en sus proyectos, quejándose de su estado, suscita la indisposición o la impaciencia ante una situación que se eterniza...[...] El equilibrio anterior está roto, la situación exige del grupo familiar una reorganización de sus relaciones y modo de vida. El hombre enfermo ya no es el mismo, pero se le suele considerar a la luz de sus comportamientos pasados.” (Le Breton 1999:206).

El grado de marginalidad social del enfermo dependerá del tipo de enfermedad y prestigio social de la misma, de forma que resulta muy ilustrativo que se utilice terminología de enfermedad para denominar una conducta antisocial o desviaciones constantes de la norma.

No obstante, la objetivación de los padecimientos no es el único factor determinante en el proceso. En la actualidad, muchos ancianos europeos no se sienten abandonados por la familia a pesar de residir solos en su apartamento; pero esta situación de soledad doméstica hubiera sumido en gran sufrimiento moral y en consecuencia, también físico, a una buena parte de los ancianos rurales de hasta mediados del siglo XX, quienes lo habrían considerado un dramático abandono y probablemente habrían somatizado en diferentes afecciones.

Se puede observar que el sentido y la intensidad de la vida están culturalmente condicionados y que los estados sociales de “*anomia*” o de desintegración cultural son origen de patologías psíquicas y físicas individuales (Le Breton 1999).

Si bien en la etnografía constatamos la soledad y el aislamiento como factores familiares que desencadenan padecimientos en el anciano no legitimados como parte del proceso salud/enfermedad/atención, coincidimos con Le Breton en el hecho de que cierto aislamiento social es precursor si no de enfermedad, al menos sí de padecimiento.

En el período final de la vida, además de la familia, la variabilidad interpersonal también influye en los aspectos emocionales, de satisfacción y del apego en tanto que unas personas pasan por enfermedades crónicas graves, de larga duración y sufrimiento, mientras otras disfrutan de salud hasta los últimos días de su vida (López Sánchez 1998).

Por parte de los propios cuidadores familiares, la percepción de su situación familiar es diferente a la que manifiestan los cuidadores inmigrantes, aunque subyace el aislamiento familiar y la falta de apoyo social, poniendo también mucho énfasis en las necesidades ligadas a la enfermedad, tal como prosigue:

C.”Pero si yo, tengo mis hijas y eso, pero es que mis hijas están trabajando. Ellas tienen sus hijos, tienen que recogerlos de los colegios, la otra tiene una hija casada, pero tiene que venir,

hacer su comida, porque su marido también está trabajando, y no pueden, hija. Y las nueras también tienen sus trabajos, y sus críos y sus cosas. Están todos colocados. Vienen algún rato a vernos, pero, no pueden estar pendientes de mí. El otro día, me dicen “mamá, ¿te llevo a Mercadona a comprar?” Dije que no, porque lo tengo aquí mismo y me apaño. Si tienen de todo; y muchas veces, hago un pedido y me lo traen. El pescado no, porque tengo una pescadería en la puerta. Tengo las cosas muy concentradas, muy cerca, y yo me arreglo sola, y así voy. Llevo esa forma. [...] Vive una hija suya en el mismo bloque, pero es maestra y trabaja; las nietas también trabajan fuera, con carrera todas. La hija es separada y está en su trabajo. Ella es profesora y tiene que irse por la mañana a trabajar”. (CF-32)

Persona mayor: “Pero la ayuda que yo tengo es poca. Mis hijos están casados y se van. Y ella tiene que cargar con todo. Estando mala como está. Ella está peor que yo” (CF-41)

C: “Como le he dicho, mi madre tenía su casa en las Torres de Cotillas y mi hermano, como ya sabe la cabeza que tiene, pues, yo iba sólo los fines de semana porque estaba trabajando. Él tiene un problema: que es muy embustero, es muy embustero por su enfermedad o por lo que sea. Y entonces pues claro, yo iba y le preguntaba. Ella, con su edad, pues estaba ya un poco... y ella siempre salía resguardando al hijo porque ella no quería salir de la casa. O sea, me engañaba inocentemente, perjudicándose, ¿no?, Pues claro, entonces, lo que pasa es que llegaron a un fin que... en pocas palabras, a una bancarrota. Mi madre había ahorrado toda su vida, al menos 5 duros para cuando llegara su vejez, y por si necesitaba una persona para cuidarla, pues, poder pagarla, pero nunca quisieron darme cuentas de nada. Mi madre callaba por proteger a mi hermano, y en pocas palabras, cuando mi padre murió, que tuvo una enfermedad larga, ya ves, año y medio en una cama, pues estuve yendo todos los días para allá, todas las tardes. Cerraba el negocio y yo iba. En fin... que al año ya de morir mi padre, pedí cuentas y no me las daban. Yo pedía que me explicaran las cosas y a mí no me las enseñaban. Dando largas, dando largas y yo, con buena intención, porque yo no sospechaba nada.. Sé que las pagas de ellos las tenían hipotecadas. No tenían ni para comer ya; estaban en la pura miseria pasando hambre. Y entonces tuve que coger y traérmelos. Los primeros meses, hasta que las pagas no se las volvieron a dar enteras, estuve dándoles de comer prácticamente a los dos, porque no tenían para nada. Me los traje por pura necesidad, yo pensando que cuando los sacara a flote pues a lo mejor se irían a su casa o algo. Yo me los traje momentáneamente, pero momentáneamente es que me los subí arriba, a la vivienda, que allí estábamos que no podíamos movernos porque ya éramos 6, y mi suegro que vivía, 7, más 2...todo sin preparar y nos tuvimos que montar así. A ver si me comprendes...que yo no le hago cuentas; te quiero decir que no he metido a una mujer porque ella no tiene fondos ni otra cosa; tiene la vivienda allí pero entonces, la vivienda va a estar mientras ella siga viviendo. Si la vendemos, ¿dónde va a vivir él?” (CF-43)

C: “Pues yo, lo ideal serían para mi ayuda las hijas, pero están trabajando, y tienen los puestos fijos y no van a perderlos por estar atendiendo a su madre. Ahora, llegará el momento que en el que no pueda yo, tendremos que cubrirlo con una mujer que la paguen ellas” (CF-44)

C: "Yo pienso que es más necesario ayudar más en los domicilios, porque están con sus familias; y los centros esos, a lo mejor, pues lo llevas a un centro y les pasa un año o dos años y no ven a su familia. Depende, la familia de los ancianos como sea, porque donde está mi hija en Lérída, hay una señora que es de Córdoba, y desde Córdoba o Sevilla la han traído hasta aquí. Y la hija va todos los meses a verla. Y sin embargo hay otros que son de allí mismo, de cerca y les preguntas y dicen "pues mi hijo no ha venido esta semana; mi hijo no viene hasta la semana que viene", y sin embargo la otra que es de más lejos, viene. Dice mi hija que es que los ancianos empiezan "ayudadme a levantarme", cuando pueden hacerlo... pero cuando sabe que va a ir la hija, que es un día fijo en el mes, por ejemplo el cuarto domingo, o el tercero, que ya sabe el día que va, pues se tira y dice que no necesita que le ayude, porque cuando viene la hija, dice, "llévame ya a la casa, porque yo ya me puede mañear sola". Le preguntan a las que le ayudan y a las monjas, y las monjas dicen, "ayer no se mañeaba sola; hoy casi anda sola y todo", pero es para que la hija vea que está mejor para que se la lleve a su casa" (CF-45)

C: "Yo tengo 7 hijos, pero sólo 2 viven aquí. Uno de ellos vive muy cerca de aquí, en la calle nueva. A veces viene por la noche. Quita los trastos, friega algo. Y el otro vive aquí al lado mío. Los otros viven en Madrid. Tres de mis hijas se casaron allí y viven allí también. Pero yo me vine aquí y ellas se quedaron. Vino ahora una, y ha estado aquí un mes conmigo, pero se va; su marido no la deja que venga a vivir aquí. La otra, como tiene dos hijos, pues... y la otra, pues a su marido también lo tuvieron que ingresar, en fin... Me dijeron que él podía estar en una residencia, pero yo no. Entonces yo, si no estoy con él, me quedo en la calle. ¿Entonces, qué? Porque el dinero que él cobra es para pagar el alquiler de esta casa. Mi hijo no me puede tener porque tiene 3 hijos, la mujer...y está pasándolo mal...lo tengo muy negro todo[...]. Pues hoy mismo ha tenido que venir mi hijo y me ha traído dos barricas de pan y dos pescaditos, porque no sé si me quedan 20 euros para pasar todo lo que le queda al mes. Y entonces, pues como me ha traído dos pescaditos, le haré uno a mediodía y otro a la noche.

I: ¿Y usted, qué?

C: Yo, pues comeré lo que sea..

Persona mayor: por favor, a ella que le ayude alguien...

C: ¿A quién podría yo decirle que se quedara...? No tengo a nadie. Mi nuera trabaja y mi hijo también. Tiene que acudir a su casa y a sus hijos, y entonces, pues no pueden venir. [...]. A mi hija, la que se fue a vivir fuera, le ha salido cáncer de mama, y se quedó sin pelo... pobrecita, le han estado poniendo quimio...y cuando él estuvo en el hospital vino, sin pelo ni nada, y movió muchos papeles, lo movió todo, el cielo y la tierra. Lo que pasa es que ella no puede. Mi otro hijo lo que pasa es que tiene que pasarle una pensión a la mujer por los hijos, y no nos puede mantener. El otro hijo, lo mismo, tampoco; trabaja en un bar y no puede dejar el trabajo solo

tampoco. Si le dan vacaciones o algo, ya veremos...La preocupación mía es ésta, que no lo puedo dejar solo para moverme. Tengo una hermana aquí, que tiene hijos y eso, pero cada uno tiene sus cosas, yo no puedo decirles nada. Y mi hermana me llama, y me dice que me vaya con ella a dar un paseo. Y yo le digo "¿pero es que tú no comprendes que yo no lo puedo dejar solo? Bueno, bueno..."(CF-47)

I: "¿Por qué nadie más se ha hecho cargo de atenderla a ella?"

C: Se han descargado..(Llora)" (CF-48)

La estructura familiar es el primer referente y grupo de pertenencia que actúa en la llamada Cultura de la Ancianidad; así, las relaciones familiares presentan una funcionalidad muy importante, aunque el problema se presenta cuando las expectativas que la persona mayor y la sociedad tienen respecto a la familia, no se corresponden con la realidad del resto de miembros familiares, quienes organizan su actividad social en función de otro tipo de redes definidas por grupos de edad. La diferencia que se manifiesta entre ambas perspectivas hace que la relación familiar esté descompensada, siendo este desajuste uno de los parámetros más importantes que caracterizan, junto al desarraigo, la exclusión y la marginalidad, a la anteriormente mencionada Cultura de la Ancianidad (Fericgla, J.M 1992)

Conviene contrastar los roles de la familia con las expectativas que el anciano espera de ella. Según Adroher Biosca (2000), lo que esperan de sus familias los ancianos de hoy, se debe, en mayor medida, a motivos sentimentales que de obligación; más por razones del amor que del deber (Adroher Biosca 2000). El anciano espera de la familia aquello que necesita en cuanto a aspectos básicos que definen su equilibrio emocional y de integración: ser amado y valorado, aceptado, comprendido en su carácter, personalidad, ideas y creencias, tenido en cuenta en sus opiniones, paciencia e interés para escucharlo, respeto por lo que tiene, generosidad correspondida, tolerancia y comprensión por las limitaciones, que sea valorado su saber de la vida (sobre todo con los menores), que pueda enriquecer las relaciones intergeneracionales, que siempre sea considerado un ser humano, ayuda, reciprocidad y en última instancia, pero siendo quizás lo más importante, el afecto, vínculo natural que ha de ser la base y la razón de la existencia de la institución familiar.

Respecto al principio de reciprocidad que Lévi Strauss comprendía como un hecho social total ligado a la estructura familiar, observamos en la etnografía cómo no se cumple en buena medida (Lévi-Strauss 1974). Se manifiesta a nivel de cuidados informales, de déficit de autocuidado a dependientes, de ruptura de la red social primaria, de pérdida/sustitución de roles filiales y de cambio en los valores y sistema de representaciones.

El apego, entendido como una dimensión básica en las relaciones familiares es fundamental en el anciano respecto a las necesidades de protección y seguridad que se generan en las situaciones de dependencia. Al ser necesidades que no resultan básicas para la vida sino que constituyen, según Maslow las últimas necesidades (situadas en la cúspide), según el esquema piramidal de su teoría sobre la Autorrealización, suelen quedar descubiertas por la familia, al igual que el resto de necesidades relacionadas con la dimensión social del anciano, mencionadas anteriormente (Maslow 1976).

A medida que aumentan la longevidad y la movilidad espacial y social, la familia se torna un concepto cada vez más amplio y menos operativo. En relación a la salud y a la enfermedad, *“los hogares prestan a sus miembros, o a los familiares residentes en otros hogares para servicios de infraestructura básica (alojamiento, alimentación, limpieza, información, seguridad, relaciones sociales..), servicios no remunerados relacionados directamente con la enfermedad, discapacidad y muerte (diagnóstico previo, compañía, transporte, aplicación o vigilancia de tratamientos) y gestión del consumo de servicios sanitarios (elección, tramitaciones, pagos, información, compra de medicamentos..)”*(Duran 2004)

Durán viene a confirmar que el soporte familiar proporciona la cobertura de las necesidades más básicas, pero quedan al descubierto las de índole más social, como decíamos en el párrafo anterior. Resulta curioso que Durán se refiera a *“hogares”* y no a *“familias”*; se trata de dos términos que cada día aluden a realidades más alejadas sin que uno implique al otro. Mientras que el hogar es una unidad económica y social circunscrita a una misma vivienda, la familia es una institución que alude a un grupo con lazos de consanguinidad y convivencia.

Los cuidados informales a personas mayores dependientes se proporcionan en muchas ocasiones desde una unidad doméstica u hogar, y en la mayoría de ocasiones con cierto grado de ausencia familiar (parcial en caso de existir un cuidador familiar, o total en caso de que haya un cuidador inmigrante). Se trata de otro fenómeno que podemos describir en relación a la familia frente a la ancianidad dependiente, concluyendo que se está sustituyendo la familia como unidad funcional por el hogar/unidad doméstica, con la pérdida a nivel personal que esto conlleva para el cuidado global del anciano.

Tomando los planteamientos de Iglesias de Ussel y Janzen, cabe plantearse el alcance de la cobertura real familiar y la no correspondencia con las expectativas sobre ella, de manera que si no se cubre por parte de la familia ni del Estado, nos encontramos con una situación de descubierta. Iglesias considera que la red familiar es básica para ayudar, entre otras, en tareas relacionadas con el cuidado del anciano y asumir

consecuencias de enfermedades prolongadas, la atención a los enfermos y, en gran medida, es la que realiza el apoyo a los hogares hasta la incorporación de la mujer al trabajo extradoméstico; incluso las instituciones hospitalarias funcionan, en gran parte, por la red de apoyos y cuidados que los familiares suministran a los internados (Iglesias de Ussel 1998). En palabras del antropólogo John Janzen, el entorno y la familia constituyen una "*comunidad terapéutica*" (Janzen, J. 1978. en Douglas 1998). En función de estos planteamientos nos cuestionamos si existe una verdadera comunidad terapéutica por parte de las familias de los ancianos dependientes, o si por el contrario, para asegurar su cumplimiento, debe derivarse a los cuidadores informales no familiares como parte de los roles que asumen sustituyendo a aquélla.

4.3 ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: PERCEPCIÓN SOCIAL

Frente a los cambios que acompañan a la ancianidad y al proceso de morir, la política social de atención a las personas mayores dependientes se ha articulado tradicionalmente sobre dos pilares básicos: la familia y los poderes públicos; pero esta concepción de la política social de atención a las personas mayores dependientes es la que explica que durante muchos años la atención de los poderes públicos se ha centrado en ofrecer una solución sólo cuando el entorno no era capaz de cubrir las necesidades. El enfoque actual pretende equilibrar la situación, pero sigue siendo compartido entre ambos, y ambos resultan insuficientes.

Según las últimas encuestas realizadas por el IMSERSO sobre la opinión del conjunto de los ciudadanos, la responsabilidad de cuidado de los mayores debería recaer en el Estado. A pesar de que los recursos dirigidos a la atención a las personas mayores se van incrementando año tras año, no existe una política definida que proporcione este tipo de alternativas demandadas por la población (IMSERSO 2005).

La iniciativa que supone el lanzamiento de la Ley de Atención a la Dependencia podemos identificarla dentro del Modelo Social Europeo. Se trata de un tránsito acontecido en Europa desde modelos de cuidados de orientación asistencial, fuertemente apoyados en el trabajo no remunerado y en la familia, a modelos de tipo universalista, que transforman lo que era un riesgo perteneciente a la esfera individual y familiar en un riesgo social. La pertenencia al conjunto de la sociedad pasa a ser a través de la responsabilidad pública, aunque compartida con las personas afectadas y sus familias tanto por razón de la propia naturaleza del problema (cuidados personales), como por las implicaciones financieras que supone a largo plazo (Rodríguez Cabrero 2007).

Analizar las políticas de protección social a la dependencia de diferentes países, (Véase ANEXO IV), podría utilizarse para poder introducir en cada país algunas de las experiencias llevadas a cabo en otros países exitosamente, para aprender de ellos. No

obstante, debemos reflexionar hasta qué punto es posible aplicar en un país las medidas y servicios llevados a cabo en otros países que cuentan con diferentes valores, cultura, tradiciones, recursos y estructuras establecidas. En los países del norte de Europa, la transición demográfica llegó mucho antes que al resto de países, transformando a su vez no sólo la pirámide poblacional, sino los modelos familiares, el reparto de responsabilidades en el hogar y las inversiones públicas en servicios comunitarios. Cada país debe desarrollar su propio modelo basándose en su propia trayectoria y experiencia, debiendo tener en cuenta las raíces de su tradición cultural, la situación económica del país y las líneas políticas implantadas en el mismo.

A pesar de las palpables diferencias entre países, nos encontramos ante un movimiento de cierta homogeneización de los sistemas de bienestar europeos.

Los sistemas de bienestar resultan de tradiciones específicas y locales, que reflejan muy diferentes preferencias y concepciones de los ciudadanos. Por ejemplo, la forma de realizar una actividad asistencial que en un país considera normal, la participación de la familia en el cuidado de los niños y enfermos o ancianos puede parecer de calidad inferior, o incluso chocante, en otro país diferente, donde quizá se prefiere que esos cuidados sean llevados a cabo por profesionales titulados o diplomados por un centro que haya recibido una acreditación oficial del Ministerio de Educación correspondiente. Sin embargo, tal vez sea probable la generalización del debate sobre estas materias por encima de las fronteras nacionales y reduciendo las diferencias en los modos de entender los problemas.

Las políticas de familia integral son uno de los retos que se plantean a raíz de los problemas de ancianidad y dependencia, donde se reconozca a todos sus miembros y el conjunto de sus realidades, así como el refuerzo de las relaciones intergeneracionales especialmente en las unidades familiares con personas mayores dependientes, sin olvidar, por supuesto, que la dependencia es el principal reto en relación a la integración social. De esta forma, la ley española de apoyo a la dependencia ha marcado un avance, aunque cabe resaltar que implica un compromiso compartido tanto por el Estado como por las propias personas dependientes y sus cuidadores informales. No ha supuesto un giro de 180 grados pasando del enfoque familiar y particular a la visión universalista de protección únicamente pública. La familia sigue siendo considerada como recurso, y a su vez, como precursora, preservadora y receptora del bien social en cuanto a su rol y función de protección social a la dependencia. Por este motivo, el modelo español sigue siendo familista, aspecto que denota cierta incoherencia respecto a los cambios sociales que están aconteciendo en la institución familiar, como hemos observado en la etnografía de apartados anteriores.

Este nuevo sistema de servicios sociales que pretende la ley no vendrá a sustituir la “obligación” moral de las familias de hacerse cargo de sus familiares dependientes.

Ahondando en la temática, encontramos un Derecho de alimentos entre parientes, una figura recogida históricamente en el Código Civil que alude al cuidado entre parientes, entendido en un sentido amplio de proporcionar o cubrir las necesidades de sustento, habitación, vestido y asistencia médica de las personas necesitadas por parte de su cónyuge, ascendientes, descendientes o hermanos respecto de su familiar necesitado. Si bien este derecho regula el cumplimiento de parte de las responsabilidades para con las personas dependientes, la ley de Dependencia intenta complementar o cubrir todas aquellas dimensiones restantes que han quedado descubiertas legalmente durante décadas.

En el contexto de la dependencia, esta obligación implica cubrir las necesidades de la persona dependiente. Existen casos en los que la autoridad judicial, ante situaciones de extremo abandono a pesar de tener familiares con recursos suficientes, ha conseguido exigir a estos familiares su contribución y soporte familiar {{2649 Terribas Salas, N. 2007; }}.

La necesidad de apelación a este derecho en estos casos nos plantea ciertas cuestiones como ¿qué está ocurriendo en la familia? ¿es necesario apelar a una figura del Código Civil para que las familias cubran las funciones y roles que institucionalmente han tenido siempre y que son implícitas a la misma?

Hay otras figuras legales en relación a la dependencia, tales como el abandono de incapaces y el maltrato, cuya existencia resulta lógica y su planteamiento es unánimemente entendible en tanto que se trata de delitos.

La realidad a la que nos enfrentamos está conformada por un panorama de personas mayores dependientes y sin facultades para llevar una vida autónoma y realizar las actividades de la vida diaria. Ante este hecho, nos preguntamos ¿dónde están estas personas? ¿quién cuida de ellas? ¿quién les presta la ayuda que necesitan? ¿cómo es este proceso? ¿por qué en nuestro país existe una gran diferencia entre personas enfermas y personas dependientes?

En el entorno familiar, dado que la dependencia es un factor vinculante, supone una contradicción cuando de pronto, en la vejez se le exige a la persona ser independiente porque siguen primando los valores de una sociedad marcada por la capacidad de producción y autosuficiencia.

Lehr considera que la dependencia arrastra a las personas de edad avanzada al refugio de la enfermedad, lo cual provoca, a través de un proceso en circuito, una dependencia y un desvalimiento más intensos (Lehr 1995). En este sentido, Kalish incluso

llega a considerar una *necesidad de dependencia* como fundamento de ciertas enfermedades de la vejez (Kalish 1996).

Así, es posible que no sea la enfermedad sino el íntimo deseo de dependencia por responder a los roles asociados a la edad avanzada lo que hace que se busque atención de salud.

Otras corrientes consideran que la dependencia no es un estado patológico sino un derecho que se le reconoce a la persona de edad avanzada en casi todas las sociedades (Blenkner, M. 1969 en Lehr 1995). A este respecto, existen estudios que demuestran que la persona de edad avanzada no es en términos generales más dependiente que otras más jóvenes. Kastenbaum y Cameron demostraron, ya en 1969, que la relación entre vejez y dependencia se basa menos en los factores económicos, fisiológicos y sociales (como generalmente se piensa y se admite), que en los procesos cognitivos y emocionales. Aquí, la importancia de los procesos cognoscitivos estriba no en la realidad en sí misma de la situación sino en su percepción, determinada en gran medida por el aislamiento social que viven (Ídem).

En función de todos los planteamientos que hemos expuesto, es igualmente erróneo proponer tanto una dependencia general en los ancianos como un aislamiento de todas las personas de edad avanzada.

Cuando una persona es clasificada como un enfermo y adquiere dicho rol a través de la institución sanitaria, tiene derecho a recibir de forma gratuita la totalidad de las prestaciones y servicios que precisa, consecuencia lógica de la universalización y gratuidad de la asistencia sanitaria. Sin embargo, cuando esa misma persona es clasificada como dependiente, su derecho a recibir las prestaciones y servicios que precisa se ve limitado por el hecho de que los servicios sociales no se han universalizado en la misma medida que los sanitarios, y se siguen dirigiendo a segmentos específicos de la sociedad. Esta diferencia es especialmente importante si atendemos al hecho por el que ser conceptualizado de una u otra forma puede no obedecer a razones objetivas referidas al estado físico y/o psíquico de la persona, sino simplemente de edad. Así, la política tradicional de atención a los mayores dependientes se centraba únicamente en éstos, ignorando las necesidades de ayuda a sus familias, las cuales han sido durante mucho tiempo la única unidad básica de sus cuidados.

Las intervenciones sociosanitarias se dirigen tanto hacia la persona dependiente como hacia su entorno y por ello, un elemento fundamental es la labor de apoyo tanto a la familia como al cuidador principal.

Hemos profundizado en las disposiciones que la legislación reconoce en nuestro país acerca de las ayudas a la dependencia, pero sería interesante conocer si se corresponden con las demandas de las familias, con las expectativas que tienen los cuidadores de personas mayores dependientes. Según Adroher Biosca (2000), estas demandas se centran básicamente en la cobertura de las siguientes necesidades:

- a) Reconocimiento del papel de la familia en el cuidado de los mayores dependientes
- b) Reforzar las ayudas tendentes a liberar temporalmente al cuidador de sus obligaciones, flexibilizándolas y haciéndolas más accesibles
- c) Establecer ayudas económicas a las familias cuidadoras, ayudas que deben comprender desde una asignación directa reconocedora del valor del trabajo desarrollado, hasta ayudas económicas para la adquisición de materias, específico para el cuidado del anciano, para la adaptación de la vivienda, para la cobertura de la totalidad del gasto sanitario y parasanitario. Igualmente deberían establecerse previsiones tendentes a asegurar condiciones dignas para los cuidadores en su propia vejez.
- d) Adopción de medidas adecuadas para la necesaria coordinación de los servicios de atención domiciliaria, especialmente los concernientes al ámbito social y al sanitario.
- e) Puesta en marcha y desarrollo de programas de atención y apoyo a las familias cuidadoras, tanto de orden social como psicológico. Del mismo modo se hace necesario proporcionar a las familias con mayores dependientes el acceso a la formación e información necesaria para el mejor cuidado de los mismos.
- f) Promoción del movimiento asociativo y de los grupos de autoapoyo así como el voluntariado.

Respecto a las ayudas y recursos económicos para las familias que cuentan con una persona en situación de dependencia, las cuidadoras inmigrantes consideran que:

C: Tiene Alzheimer y Parkinson. Se murieron 2 hermanos. Cuando mis cuñados murieron, ya teníamos un cuarto de aseo con una mampara y un pie de ducha. A partir de aquel día, al salir fuera se pone muy nerviosa y le da mucho temblor, y entonces pues ya, tuve que ponerle pañales y ayudarle a levantarla y por la noche también. Y entonces, como vimos que el cuarto de aseo que teníamos eso no podía ser, porque no teníamos anchura para entrar, pues entonces lo arreglamos, hicimos anchura para poder entrar con ella en una silla de ruedas, pero lo hicimos todo nosotros" (CF-45)

C: Esperemos que ahora se solucione. Si en mi país los ancianos tuvieran la mitad de ayuda que aquí da el Estado, los ancianos vivirían una mejor vida, sin duda[...] Creo que necesitaría una cama articulada, lo que pasa es que le gusta ese colchón que tiene. El colchón antiescaras lo

tiene, pero no le gusta, se resbala, se lo compró su hijo. Allí tiene las barandillas y todo, sí, sí” (CI-2)

C: “Sí, sí...Bueno, tenía una cama que era graciosa porque lo sentaba, lo levantaba...todo. Y su sillita. Todo muy bien. Y aparte, que su hija, siendo enfermera..” (CI-3)

C: “Dios mío, y ya después la doctora decía “Que no, que no se podían mandar pañales porque ella todavía está inconsciente y que puede ser peor, y ella se acostumbra ya al pañal”, y le dije, “mire, pero es que yo ya no puedo así”, y estuve insistiéndole, y dijo “bueno, venga”. No le pareció muy bien, y así de mala...pero lo hizo, me recetó los pañales [...]. Le faltarían muchas cosas a la casa. Yo tengo que estar todo el rato de la ducha, luego lavando todas las toallas y secándolas tras la ducha, muchas, muchísimas para que no resbale..” (CI-4)

C5: “ Camas articuladas y eso, que son carísimas. Agarradores no. Lo lavo yo en la cama. No están para meterlos en la ducha [...] Le dan una ayuda a ellos, en vez de a nosotros...ya lo sé. Son unos 280 ó 300 euros”(CI-5,6).

C: “ La cama era normal y corriente, pero sí había una silla de ruedas. Sólo eso” (CI-7)

C: No estaba adaptada la casa, porque desde que estuvo en el hospital que fue donde yo lo conocí, fue tres meses de vida los que él tuvo. Porque antes dice que él caminaba, se hacía las cosas sólo... Tuvieron que pasar tres meses en las condiciones en que él se encontraba, porque él ya estaba en silla de ruedas porque tenía parálisis y estuvo así esos tres meses hasta que falleció. Por eso no dio tiempo.”.(CI-20)

C: “Tiene un cochecito para andar a todas partes. La casa es muy grande y tiene un cochecito, como un sillón con rueditas y con él va por toda la casa” (CI-22)

C: No recibo más ayuda que la auxiliar de la Cruz Roja, sólo de ella. Sólo aseo y vestirlo, y ya está, 3 veces en semana; tiene el andador y para agarrarse” (CI-27)

Todos los testimonios refieren déficit de recursos o coberturas particulares respecto a los mismos, incluso en situaciones económicas muy desfavorecidas. Al margen del aspecto material, los relatos denotan falta de ayuda, tanto social como sanitaria, reflejando la falta de cobertura de necesidades que sólo son evidentes en el entorno doméstico y quedan subsumidas en una laguna entre lo social y lo sanitario. Se percibe una asunción completa del rol de cuidador principal por parte del cuidador inmigrante.

C: “ Habrá de todo, y tú lo sabrás mejor que yo. Muchas querrán deshacerse de ellos. Yo ya se lo dije, yo dinero no quiero. Muchas lo que quieren todo lo de la ley esta nueva es para que les den dinero, pero ¿vas a saber tú si con ese dinero meten a una mujer o están mejor cuidados? Yo eso lo veo absurdo, y lo veo que mancha, por todas partes que pasa el dinero. Y si viene una persona, te echa una mano a ti, te ayuda. Me mandaron tres chicas del ayuntamiento para si

quería una mujer para la limpieza (porque yo he visto que las de la Cruz Roja es una cosa y las de la limpieza del ayuntamiento es otra), pues las otras vienen y limpian pero no la arreglan. Esto tienes que pagar a 10 euros la hora y lo demás te lo paga el ayuntamiento, eso me dijeron. Me dio un coraje... porque a menos precio también lo encuentro yo. Les dije, dile al ayuntamiento que gracias, que no quiero que me ayude tanto. Yo me la buscaré más barata cuando me haga falta, una sobrina mía. Me dijeron que firmara como que renunciaba a ello. Pero no lo hice porque yo no lo había pedido. Si es solamente por cubrir como que me habéis ofrecido, pues no firmo, porque yo ni lo he pedido ni puedo pagarlo. Así es que tú me dirás. Todo esto viene a hacer referencia a la ley esta nueva que han sacado de ayuda, que dice que si para ayudar.... En la acera de enfrente se han muerto cuatro en cuatro días. Y ha quedado la hija enferma total, que hasta se le va la cabeza porque ha dedicado su vida entera a cuidar a sus padres. Tenía otra hermana, y la tiene, pero jamás en la vida le echó una mano. Menos mal que tiene una hija divina, con 27 ó 28 años que esa sí que es una lástima....se ha quedado su hija para hacer lo que ha visto en sus padres. Al ver que su madre dedicó la vida a cuidar a su abuela, pues ella ahora, ve a su madre mal, pues ya no se despega de su madre. Le hace los mandados y a su casa, y ahí está. La que está muchos años con un enfermo termina....fatal. Depende de las circunstancias, porque hay ratos de todo, pero te ves, aunque estés rodeado de mucha gente, te ves más sola que la una, te ves muy sola. A mí no me gusta pedir favores ni a mi hermana; y es mi hermana y nos llevamos bien, pero ella no se da cuenta” (CF-36)

Este testimonio es el único que refleja que el problema no se resuelve con dinero, sino que es social, esa “ayuda” que se percibe necesaria pero que no se circunscribe a ninguna dimensión salvo a la más puramente doméstica en la dinámica del día a día.

Las cuidadoras familiares coinciden mayoritariamente en su valoración de los recursos recibidos para atender a los mayores dependientes con la opinión que manifiestan las cuidadoras inmigrantes

C: “Tiene su cama articulada, colchón... todo. Se gastó mi hermano 1500 euros en comprarle el colchón y la cama, y no sé qué más. Y no le han dado ayuda de nada para ayudar a pagar todo eso” (CF-1)

C: “Sólo tiene el andador. Se lo dije a la asistenta pero no, porque en realidad, ella puede. No me gusta abusar. Yo sólo pedí ayuda para mí porque yo, aunque sea con mi madre, es un trabajo que yo estoy haciendo, y no lo valoran. Y encima de todo, parece que tienes que estar pasando hambre para que te den una ayuda. Si es mi trabajo, yo no pido nada, es mi trabajo” (CF-27)

C: “No, no, no,... se lo dan a quien quieren, pero es que, por qué lo anuncia tanto el gobierno en la tele. Todo es mentira, porque luego te sacan, si tienes dinero o no. Pero vamos a ver, ¿es que yo no puedo tener un dinero ahorrado? ¿tengo que estar pidiendo limosna? Si esto es un trabajo que estoy haciendo por mi madre. Por otro lado, no quieren que vayan a las residencias,

pero al menos, que a las personas que cuidamos, los hijos, que den una ayuda y no digan mentiras. Así mismo se lo digo a la asistenta. Yo no estoy pidiendo limosna, estoy pidiendo una ayuda para mí. Si yo quiero que venga alguien por la tarde, con la ayuda esa, tendría que pagar 7 euros la hora...a mí no me compensa para nada. Para pagarlo yo no tengo que pedir ninguna ayuda. Yo lo necesitaría para poder yo salir, darme un paseo, expansionarme un poco, que también tengo derecho, ¿no? Entonces yo digo, que esas ayudas, si lo dicen, tienen que darlas, y dejar al margen si tienes algo, porque yo si lo estoy haciendo es porque quiero, o sea que no, no, a mí no me exige nadie nada. Pero también está mal que el gobierno diga una cosa y luego sea mentira” (CF-28)

C:” Hay cosas que nos han dado y que yo tenía de mi madre cuando estuvo enferma, pero no son de mi marido” (CF-30)

C: “Yo sólo sé que necesito paciencia. No necesito más. Necesito ser más buena; necesito no alterarme. Yo, los pacientes inmovilizados y su situación no sé si cambiarán con la ley de dependencia. Es necesario tener dinero para comprar la silla de ruedas y arreglar la casa para adaptarla. No sé si algo más cambiará. Yo sé que no tengo derecho a nada” (CF-31)

C:”Ella tiene Alzheimer, está muy trastornada hace ya muchos años, y arreglaron los papeles, y se iban a ir allí, pero claro, ellos no pueden pagar lo que eso vale. Ellos querían vender el piso e irse a vivir allí, juntos, todos los días, pero claro, es que trescientas mil pesetas...eso no lo pueden pagar ellos cada mes, cada uno [...] Sí, han sacado que tienen que tener una mujer que eso, lo paga el Estado, pero claro, eso tienes que empadronarte tú, y estar de noche y de día...Yo tengo una sobrina, que bueno, mi hermana es la que está mal, temblores en las manos, completamente inútil; tiene ya 85 años. Ella tiene buena mente ¿sabes?, ella, la mente no la ha perdido. Pero claro, no puede hacer nada. Entonces, ahora, al arreglar los papeles para una silla de ruedas y para a ver si hay una mujer para tenerla con ella, pero claro, la asistenta de hogar le exige que tiene que estar mi sobrina y la chica. Tiene que estar mi sobrina empadronada con ella, para que el estado le de un dinero a ella. Pero como la tiene 6 meses una sobrina y 6 meses la otra, pues no pueden hacerlo, y entonces, la silla de ruedas sí se la daban, pero abonando dinero, pero, no la puede coger porque donde viven hay muchas cuestas y no la pueden sacar. La silla que le han dado pesa mucho...” (CF-32)

C:”No nos ayudó nadie; lo compramos nosotros. No pedimos mucha ayuda. Fui al ayuntamiento a por una cama de esas articuladas y me dijeron que no había, que había mucha gente que la necesitaba, que si esto y lo otro... y nada, le compramos una y ya está, con su colchón de ese para no llagarse, sus barandillas, su sillón relax para antes, cuando estaba a raticos sentado.” (CF-33)

C: Sí, tres días a la semana viene una auxiliar a ayudarme a levantarla y asearla.[...] Sí la llevo

al centro de día. Está dos calles más allá, y se puede ir. Ella tiene Alzheimer.[...] La silla de ruedas la tengo, está en el comedor. La cama es de la Cruz Roja. Pero no hay ascensor...Pedimos una ayuda para adaptar el cuarto de baño y poner un pie de ducha, y vino denegada totalmente”(CF-35)

C: “No, nada de ayuda. Todo de su bolsillo. Sólo tiene la ayuda de la auxiliar para que venga a bañarla”.(CF-37)

I: “¿Quién le ayuda a usted?

C: La auxiliar de la Cruz Roja, y viene también una mujer dos veces a la semana a limpiarme la casa. Esa no es del Ayuntamiento, le pago yo a 8 euros la hora. El cuarto de baño es que tenía una bañera, y la quitamos. Falta poner unos agarradores que hay que poner, y un grifo de esos que, me ha dicho esta señora que sirve para graduar el agua, y no hay que tocarlo, nada más que ponerlo” (CF-38)

C: “De momento lo he pagado yo todo. Estoy esperando ahora en Abril, que para lo de la cama hay una ayuda... no lo se. Con la ley esta es que no se sabe. No sé, hasta que no llegue... pero de momento lo he pagado yo todo[...]. No lo sé... si lo que tienen que hacer, es, puesto que se está toda una vida trabajando y pagando una seguridad social, pues, que apechuguen un poco, y poner más ayuda al domicilio, con más atención a domicilio y en todo en general. La ayuda a domicilio de la Cruz Roja es dos días a la semana.[...]. Hombre, si hubiera aquí una persona que se encargara de limpiar la casa, de hacer de comer y ayudarme con ella, pues yo estaría más despejado. Me podría sentar, por ejemplo, un rato en el portal de la calle. Claro... pero que... (va a recoger la ropa de la secadora). Tengo cuatro hijos. Uno vive aquí, porque la casa era grande, bueno, y sigue siendo grande, y se hizo una casa aquí mismo, hay sitio para dos familias. Y claro, como vive aquí también, pues están todos empadronados, pues ahora resulta que dicen que aquí somos ricos. Que entra mucho dinero. Entonces claro, no saben o no quieren saber, porque a mí la asistenta social me lo ha dicho varias veces, que lo que ganan y más, lo necesitan. Entonces, que deberían de poner alguna ayuda para estos casos para el que está con ella. A ella creo que le van a subir ahora el 50%, por lo menos se ha solicitado. Pero qué...si está cobrando 301 euros al mes, la no contributiva esa... porque antes, no sé si lo sabes, pero antes, cuando uno se casaba, el orgullo del hombre era que no trabajara la mujer. Entonces, claro, sería una ayuda ahora como una casa, porque ella estaría cobrando” (CF-39)

C: “La compré yo, nada de ayudas. La silla de ruedas sí se la pagaron. Yo creo que la ley ésta es una cosa buena. Pagar se puede poco, porque tengo la pensión de mi marido y la miseria que gana ella. Yo no cobro nada. Me deberían dar la ayuda a mí.” (CF-40)

Persona mayor: como cobramos los dos, según ellos, no nos pertenece nada. Pero todo sube... no nos ayudan... y la ayuda esa la necesitamos. Porque yo necesito a una persona aquí

C: No. Para adaptar...arreglamos los papeles. Me vino denegado y que podía reclamar en un plazo de un mes. Reclamamos, y al mucho tiempo nos vino diciendo que lo sentían mucho, que

sabían que le pertenecía pero que no tenían dinero. Que lo aprobaron pero que no le podían pagar porque no había fondos. Y luego ya nada. (Confirmamos a posteriori que no dice la verdad. Recibió la ayuda pero lo negaba en la entrevista) [...]. Lo que sí me dieron mucho tiempo después por la seguridad social, que ya no lo esperaba, es lo de la silla esa. Eso sí me lo han pagado. Es una silla automática, porque la calle tiene mucha pendiente. La silla que tenía, le sirve para estar sentado ahí en la puerta pero hasta los frenos los tiene ya que no le van. Y con la automática puede bajar y subir (CF-41)

C: “Ella (auxiliar Cruz Roja) viene todos los días... está fija aquí... para la higiene y moverla. Tuvimos que quitar la bañera, picar y cambiar todo esto, porque aquí no se podía bañar, que una vez ya se resbaló.. la cama es normal. Lo único que tiene es un andador.

Auxiliar: Incluso la silla de ruedas que tiene es de esas que había cuando mi abuela era joven... un trasto de aquellos...

C: Ahora tengo que ir a por el volante al médico para los pañales, que lo tenía del inspector y tengo que recogerlos de la farmacia” (CF-42)

C:” La cama la tuve que comprar yo, y no nos han ayudado absolutamente en nada, porque en teoría estuve arreglando los papeles con la trabajadora social, allí en eso de la Consolación, y como ella tiene su residencia en las Torres porque no se ha querido cambiar aquí porque dice que ella ha nacido en las Torres, pues claro, ya al final de tantos papeles me dijeron que eso no pertenecía a este Ayuntamiento. Yo decía, pero yo, mi trabajo, esto, lo otro y mi madre, ¿me la dejo sola para irme a las Torres de Cotillas al Ayuntamiento? Me contestó que sí, que tenía que hacerlo, que no se podía hacer nada más. Entonces sabe que al final, mandé a mi hermano, unos días, y él no solucionó nada. Así que, pues mira, no seguí dando vueltas y sin ayuda ni nada, se la compré yo la cama” (CF-43)

C:” La cama ha sido donada y el colchón también. Ya la silleta es de la Seguridad Social y también he comprado una grúa, eso si lo hemos tenido que comprar nosotros; y también hemos tenido que comprar el colchón antiescaras aunque ahora con el verano, le da mucho calor.[...]; tengo que ir a la escuela, que es la rehabilitación, la escuela. Pero nada. A rehabilitación va todos los días” (CF-44)

C:”Dos veces a la semana vienen a ayudarme; los martes y los jueves [...]. Pues a lo mejor, le voy a ser sincera, que alguien me ayudara un día a la semana y dijera, pues, que venga una mujer, una o dos horas, un día y darme un poco de atención más a la casa, porque a veces digo, parece que hay ratones debajo de las camas, no tengo tiempo de pasar la mopa. Pues eso.[...] Sí, pero claro, eso de que cuando ella se queda sola, pues como tampoco tienes un día asignado, para decir, “tal día”; los días que tengo que ir son los jueves, por ejemplo. Eso no pasa. Eso no lo sabemos.(CF-45)

C: "Su paga se va en las cosas de ella, como podemos. Entonces vamos apañándonos con lo que tenemos. Como yo siempre he podido, pues claro, cómo me voy a achicar ahora...para qué voy a llamar ahora a una mujer. Vino una chica del Ayuntamiento y me hizo los papeles; me dijo que ya me llamarían, pero todavía no me han llamado [...]. A mí no me traen nada del Ayuntamiento. La hago yo la comida. Algunas veces la hace mi nuera [...]. Ella está en una cama normal, y he tenido que quitar la bañera. Yo no la puedo bañar. La baña la auxiliar [...]. Yo pediría que viniera una mujer y que me ayudara a limpiar. Y ya está, porque otra cosa... hombre mientras yo pueda salir a llevarla y todo eso; antes la llevaba hasta la carretera, pero como ya ven que es que no puedo, pues me la cogen aquí en la esquina y me la traen [...]. Pues eso, que viniera alguien durante la semana, porque yo no lo puedo pagar" (CF-46)

I: ¿Han venido a visitarte de los servicios sociales del Ayuntamiento?

C: No, no ha venido nadie.

I: La cama, ¿quién se la ha dado?

C: La Cruz Roja. Cuando no la necesite pues, la devuelvo. Uff...el bajarlo es lo de menos, lo peor es subirlo. Luego, esto, los empapadores, también se los tengo que comprar, que me cuestan 40 euros. Y ayer me estaba afligiendo porque dije, madre mía, me quedan 4. Cuando se acaben estos no sé lo que voy a hacer. Las sábanas y eso me las han dado en el hospital.

I: Pero si estamos a día 12, ¿cómo va a pasar usted el mes con 20 euros?

C: Pues ahí esta... y yo qué sé... Está el servicio ese de la comida del Ayuntamiento, pero tengo que pagar 4 euros todos los días por la comida de los dos. Hay gente que está pagando sólo 2 euros porque no tiene recursos y eso se le subvenciona. Si son 30 días en el mes, la comida de los dos de todo el mes son 60 euros.

Auxiliar: Y además, la comida la he visto yo y le da para comida y cena. Porque es primer plato, segundo plato y postre. Entonces, como son raciones bastante grandes, pues se comen el primer plato y el segundo lo guardan para la cena con el postre. Y los fines de semana se lo llevan también. Usted puede pedirlo para 3 días, 5 días o los 7 días de la semana.

C: Y eso ¿dónde hay que ir a hacerlo y a pedirlo?

I: En la asistenta social. Esa ayuda se la darían seguro

Auxiliar: Claro, porque ahora mismo de la paga le tienen que desquitar el alquiler. Eso no entra en el baremo, porque eso es un gasto que no todas las personas tienen. Porque el que tiene una casa, pues tiene que mantener los gastos de la casa, pero no es igual que un alquiler. El alquiler, luego a luego, te deja sin comida.

C: Claro, y luego eso, que no es esto solo, porque luego entran muchas cosas en la casa, luz, agua, butano, jabón, lejía... son muchas cosas en una casa que, ahora mismo, esta mañana he lavado las sábanas y digo, pues ya se me está acabando la lejía y el jabón.

Auxiliar: Es que no hablamos sólo de comida, sino que también hablamos de material de limpieza, de material sanitario, de aseo, de todo...Y además, hay otra cosa; el Ayuntamiento está dando ayudas puntuales que son cheques de comida; creo que son de 20 y 30 euros.

I: Eso tiene usted que hacerlo.... se puede usted escapar un ratito un día, por la mañana, que es cuando está el asistente social. Como tiene que ir al médico, vaya también a eso el mismo día.

C: Ahora cobra mi marido 622 euros, pero claro, 300 son para el alquiler. Fui yo a ver si me pertenecía algo y me dijeron que no, que a él le daban 700 pesetas al mes por mí, y que yo no tenía derecho a nada; ¿Y yo, qué hago con 700 pesetas?

Persona mayor: Me dijeron que me pasaba en 6 euros en la pensión para que a ella pudieran darle algo.

Auxiliar: Si el médico te hace un informe del estado de tus huesos, y en el momento en el que el médico diga cómo tienes los huesos, te vas a la asistenta social para que te vean en el ISSORM, que te valoren la invalidez que tienes, y con esa minusvalía, vas, y que te paguen. Si necesitas 7 días, pues 7 días, pero más tranquila vas a estar aunque necesites 7 mañanas. Que te dan 300 euros más, pues más tranquilos que viviréis. Y con más derecho a ayudas. A ella ahora mismo le hacen una valoración de la invalidez, y será por tu propio beneficio, no seas tonta.

Persona mayor: Sí, pero no hay nadie. Cuando los necesitas, no hay nadie.

Auxiliar: Voluntarios ahora mismo nosotros no tenemos, organizados para eso. Y de la parroquia, pues no lo sé, y menos por la mañana, porque normalmente los voluntarios, cuando quieren venir son los fines de semana. Si el problema es ese..

C: "Yo pedí un año de excedencia en el trabajo para poder cuidar a mi padre. Hablé con Pedro Durán, el jefe, y le dije, que yo tenía hasta que darle de comer a mi padre. Me dijo que tal y como estaba mi padre, me daría un año. Me dijo también, que si no pasaba nada, cuando se cumpliera un año, que volviera. Miré a ver si me podían dar una ayuda durante ese año por cuidar a mi padre; él cobraba unas 56.000 pesetas y me dijeron que no me pertenecía nada" (CF-48)

Queda claramente evidenciado el descontento, disconformidad y necesidad de ayuda en los entornos domésticos de cuidado. No hay ni un solo testimonio que manifieste conformidad o satisfacción respecto a la ayuda y recursos recibidos para atender la situación de la persona dependiente a su cargo.

Durante el año 2007, se inició la aplicación de la Ley solamente a personas con "Gran Dependencia", es decir, la necesidad de ayuda para varias actividades básicas de la vida diaria, varias veces al día, que exigen la presencia continua e indispensable de otra

persona (Grado III)¹². En Murcia, actualmente se ha ampliado la valoración al Grado I (niveles 1 y 2), Grado II y Grado III (IMAS. 2011). La mayor proporción de personas se concentra en el Grado III (47%), con elevado nivel de dependencia. Sin embargo, no se ha publicado nada respecto a la estrategia a seguir con los cuidadores, ni tampoco se plantea ampliar la valoración de forma que a ellos también se les incluya. Así no se valora realmente la situación de dependencia de la unidad doméstica de cuidados, sino sólo de la persona mayor.

Otra de las críticas que se han hecho a la Ley de Dependencia ha sido el desajuste presupuestario. La memoria que acompaña al anteproyecto de Ley estima el coste de la aplicación de la misma en 9.355,5 millones de euros para el año 2015. Según estimaciones posteriores al lanzamiento de la Ley, se ha analizado que supone un incremento cercano al 25% respecto de lo presupuestado en la memoria, tomando como base la estimación de costes medios de las prestaciones por usuario y año, que pueden resultar indicativas para definir la cuantía de las prestaciones financiadas por el sector público. De esta crítica se suceden otras, tales como: ser un sistema potencialmente inestable, insuficiente financiación, desigualdades sociales y territoriales que afectan a la financiación al no existir un fondo de equilibrio territorial, insuficiente regulación del copago e insuficiente coordinación sociosanitaria (Rodríguez Cabrero 2007).

La voluntad política de dar respuesta a las necesidades de las familias con mayores dependientes a veces se pierde ante otras opciones presupuestarias de forma que el derecho a las ayudas sigue siendo limitado. Según lo expuesto, podemos observar cómo las ayudas propuestas cubren sólo parcialmente las necesidades de las personas dependientes y sus familias. No obstante, cualquier iniciativa al respecto debe pasar por reconocer el papel de la familia en la atención y cuidado a personas mayores dependientes, aspecto que aún permanece sin cristalizar y sin que la sociedad, a todos los niveles, se conciencie al respecto.

En cuanto a la coordinación sociosanitaria, pasamos a analizar algunos relatos de los cuidadores, comenzando por plantearse la necesidad de un cuidador informal no familiar para cubrir algunas de las necesidades que quedan en ese espacio situado entre las dimensiones social y sanitaria.

C: " Eso yo creo que depende del sistema sanitario y social del país. Por ejemplo, yo creo que una persona si ya no se puede valer por sí sola, claro, si no tiene dinero y no puede ir a una

¹² Según (De la Fuente Fombellida 2007), de forma general, todas las Comunidades Autónomas valoran diez actividades desglosadas en tareas, once en el caso de las personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual. Se agrupan en actividades de autocuidado: comer y beber, regulación de la micción/defecación, lavarse, otros cuidados corporales (peinarse, cortarse las uñas..), mantenimiento de la salud; actividades de movilidad: transferencias corporales, desplazarse dentro y fuera del hogar, tareas domésticas y en el caso de los enfermos mentales o personas con discapacidad intelectual se valora la capacidad de tomar decisiones (para el autocuidado, la movilidad, las tareas domésticas, interacciones interpersonales básicas y complejas, el uso y gestión del dinero, y uso de servicios públicos)

residencia pagada porque para las que son del Estado, tiene que esperar un montón de tiempo..tal como está todo, la solución más viable es contratar a una cuidadora, porque las residencias valen....¡madre mía!” (CI-9)

En los principios de la Ley de Dependencia podemos observar que la figura del cuidador informal no familiar queda absolutamente relegada, tanto como para no ser ni siquiera contemplada. No atiende en ningún caso a cuidadores no profesionales que tampoco sean familiares, como por ejemplo los cuidadores informales inmigrantes que suelen ser contratados para realizar este tipo de actividades en el entorno doméstico. Atendiendo a esta misma situación de liminal de este perfil de cuidador, tampoco se recogen en las prestaciones de dependencia, salvo de manera excepcional, el hecho de que la persona pueda ser atendida por cuidadores no profesionales, cuando en realidad, la mayoría de personas que se dedican a realizar este trabajo no son profesionales sanitarios. La mayoría de casos presentan cuidadores que en la Ley quedan recogidos de manera excepcional; de ahí que resaltemos ciertas incongruencias.

Además, muchas de las personas disponibles para desempeñar su trabajo como cuidador no profesional no tienen regularizada su situación en España, de manera que es inviable que se ajusten a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social determinadas reglamentariamente. Parece que la Ley no mira de frente la realidad de las familias ni de las mujeres inmigrantes, las cuales están muy implicadas en esta figura legislativa, más de lo que pudiera parecer a simple vista. Una Ley que regula entre otras cosas las actividades de ayuda a domicilio para las personas dependientes, debería fijar en primer lugar, el perfil profesional necesario para ello. Además, es preciso realizar un análisis del mercado laboral, de la oferta y demanda de los puestos de trabajo, de las personas que pueden o podrían potencialmente desempeñarlo. Sin embargo, el IMSERSO sí que reconoce y estima el creciente recurso de la mujer inmigrante como cuidadora que sustituye a la mujer trabajadora española (IMSERSO 2005).

Estos aspectos de análisis social de la realidad deberían haber sido un requisito imprescindible para realizarse de forma previa al establecimiento de una Ley de tal alcance y pretensiones.

No se especifican las actividades preventivas respecto a la autonomía y la dependencia, como tampoco se explicitan las vías formativas del personal necesario. Resulta una obviedad, aunque coherente con otros déficits de la Ley, que no pueda especificarse la formación de personal si no se establece al perfil profesional necesario.

C:“Yo creo que los viejos no se deberían de sacar de sus casas. Y tenían que tener una ayuda por el Gobierno” (CF-29)

La Ley de Dependencia permite unificar la valoración de personas con necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria. Puede considerarse un aspecto positivo el hecho de que sea un único criterio el que prevalezca para clasificar la tipología de dependencia, aunque los instrumentos con cierto grado de rigidez no contemplan todos los matices de la realidad de la vida de éstas personas. Se va a disponer de un criterio que está siendo empleado de diferente forma en cada Comunidad Autónoma, debido a la completa transferencia de competencias en materia de salud en nuestro país. En función de este hecho, en cada Comunidad Autónoma, es un perfil de profesionales completamente diferente el que se encarga de llevar a cabo la valoración del grado de dependencia (fisioterapeutas, médicos, enfermeros..), sin alcanzarse un consenso al respecto. Si se alcanzase, facilitaría muchísimo la planificación integrada de servicios que es necesario diseñar con cada persona, combinando y complementando servicios sanitarios y sociales.

Un gran escollo lo encontramos precisamente aquí, en la necesidad de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, en hacer realidad la utopía de la atención sociosanitaria, en dar continuidad a los servicios sanitarios especializados con servicios comunitarios, y es aquí, junto con el problema de la financiación, donde mayor esfuerzo de coordinación y flexibilidad se requiere por parte de las Comunidades Autónomas y el Estado, siendo imprescindible un apoyo local en la intervención.

C. "Y entonces pues ya, me propuso porque vio efectivamente que estaba mala y estando la misma médico delante y otra enfermera, y entonces me ofreció que ingresáramos a mi madre, porque de allí del sanatorio, cuando la ingresaron, se la querían llevar a una residencia que está por Lorca. Y yo le dije que tan lejos mi madre no se iba. No se iba. Y entonces me ofrecieron meterla en Alcantarilla, pero ya le digo, que es que ella sola no quiere estar. Y me dijeron que si eso podíamos ver lo de Alcantarilla, que está aquí al lado, y combinarme con mi hermano para visitarla. Pero claro, yo no puedo pagarla y mi hermano, él solo, tampoco puede pagarla ni tampoco puede meterse allí. Ella quiere tener a su familia y más en particular, a su hijo, cerca, por mucho que yo esté haciendo.." (CF-43)

C: "El de cuidados paliativos dijo al principio que vendría cada dos semanas, pero después me dijo que acudiera al doctor, que viniera su médico de cabecera. Una vez ha venido, pero no ha pasado de ahí. ¿Qué, cómo estás? ¿bien? Y yo, la verdad lo paso mal, porque tampoco sé si los medicamentos que le estoy dando los tiene que tomar mucho tiempo o necesita otra cosa... Es que, por eso digo que el lunes, yo tendría que ir al médico y me han dado cita para las diez y media. A ver a quién dejo yo aquí para que me pueda ir. Tendré que dejarlo solo con la puerta abierta porque no tengo otra solución" (CF-47)

No hay una buena valoración por parte de los servicios sanitarios a las personas dependientes, tanto a nivel domiciliario como hospitalario, no resolviéndose la problemática de los entornos domésticos. La descoordinación y la falta de continuidad

son aspectos que se destacan principalmente en los relatos de los cuidadores.

Analizando el resto de aspectos que proponía Adroher Biosca, respecto al reconocimiento del papel de la familia en el cuidado de los mayores dependientes, no sólo se contempla en la nueva Ley, sino que implícitamente se cuenta con ella como recurso.

En cuanto al refuerzo de las ayudas tendentes a liberar temporalmente al cuidador de sus obligaciones, flexibilizándolas y haciéndolas más accesibles, en la etnografía se alude en diversas ocasiones al programa de respiro familiar, pero que resulta totalmente insuficiente. Se suele recurrir a las ayudas de la Iglesia o del voluntariado de las ONG's, pero éstas ofrecen una ayuda determinada en días muy concretos, no cuando se necesita mayoritariamente (por ejemplo entre semana). Cuando en la unidad doméstica se encarga un cuidador inmigrante de la atención a la persona dependiente suele ser quien asume el rol de cuidador principal y por tanto es quien necesita la ayuda y apoyo para liberar la sobrecarga del cuidador, no la familia. No se menciona en ningún momento la pertenencia a movimientos asociativos ni de los grupos de autoapoyo. Los movimientos asociativos suelen girar en torno a enfermedades legitimadas, no en torno a situaciones de dependencia, no legitimadas en muchas ocasiones. Es posible que sea éste el motivo por el cual los familiares y cuidadores de personas dependientes no promueven el asociacionismo ni pertenecen a él. La sobrecarga del cuidador también limita en gran medida la participación en este tipo de agrupaciones ni en ninguna otra actividad de tiempo libre, tal como veremos en el capítulo dedicado al cuidado informal.

Es necesario difundir y dar a conocer la difícil situación sociosanitaria y familiar del anciano dependiente, así como las insuficientes e inconexas medidas actuales de atención a la dependencia en nuestro entorno para poder trabajar en la línea que Naciones Unidas propone "*hacia una sociedad para todas las edades*" (Adroher Biosca 2000).

**CAPÍTULO V.- ETNOGRAFÍA. CUIDADORES FAMILIARES Y
CUIDADORES INMIGRANTES ANTE LA DEPENDENCIA:
CONSTRUCCIÓN DE LOS CUIDADOS INFORMALES Y SISTEMAS
DE AUTOATENCIÓN EN EL GRUPO DOMÉSTICO**

5.-ETNOGRAFÍA. CUIDADORES FAMILIARES Y CUIDADORES INMIGRANTES ANTE LA DEPENDENCIA: CONSTRUCCIÓN DE LOS CUIDADOS INFORMALES Y SISTEMAS DE AUTOATENCIÓN EN EL GRUPO DOMÉSTICO

5.1 RELACIÓN ENTRE EL SISTEMA FORMAL E INFORMAL DE CUIDADOS EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

En la sociedad española hasta un 80% de los ancianos dependientes permanecen en la comunidad (Garrido Barral 2003). En nuestro país, al igual que en otros del entorno europeo, los servicios formales participan de forma minoritaria en el cuidado continuado de las personas que lo necesitan, y la familia, hasta ahora, ha sido la principal proveedora de cuidados. Esto significa que, la principal provisión de cuidado no profesional ha corrido a cargo de la familia, especialmente en el cuidador primario o principal.

“La permanencia en su domicilio de una persona con necesidades de salud, evitando la institucionalización permite incrementar la autonomía del individuo y la familia, manteniendo a la persona en su entorno y previniendo problemas de salud mental, marginación y aislamiento “ (Kingston, P. et al. 2001 en Llatas Sánchez 2002:40).

Numerosos estudios avalan que el apoyo familiar retrasa o previene la admisión en instituciones de personas mayores y parece controlar el gasto sanitario (Bowling, A. 1991; de la Revilla, L. 1991; Lieberman, M.A. 1991; Holmes, D. 1989; Counte, M.A. 1991 en García Calvente 1999). Por tanto, existen experiencias en las que se destacan las ventajas de la atención domiciliaria realizada desde el entorno de Atención Primaria frente a la institucionalización en las personas de edad avanzada con soporte familiar o cuidadores informales, aunque en lo relativo al costo no queda claro que suponga una reducción de gastos para el conjunto de la sociedad.

Las tendencias actuales de los servicios sanitarios apuestan por la atención a la salud en el seno de la comunidad, existiendo cierto consenso respecto a la permanencia de las personas dependientes en sus propios hogares, o con miembros de la familia cercana, en un contexto marcado por el control del gasto sanitario y la eficiencia en el empleo de recursos.

Las consecuencias de esta nueva forma de percibir y atender a las personas mayores dependientes afecta a varias dimensiones de la vida, tanto a la prestación de cuidados en el hogar como al funcionamiento de los servicios sanitarios.

La respuesta que tradicionalmente ha desarrollado la sociedad española a esta situación ha sido recurrir a las familias para cuidar a las personas con cierta dependencia (García Calvente 1999). Como en la mayoría de las sociedades occidentales, las familias españolas son consideradas como recursos del sistema de salud. En efecto, ya en 1993 en España se dedicaban unos cinco mil millones de horas al año en el cuidado de enfermos. De este tiempo, sólo el 12% se ha considerado cubierto por personal sanitario profesional. El resto ha recaído sobre la familia (Durán 1993). Sin embargo, a pesar del gran avance del fenómeno demográfico del envejecimiento en los últimos 15 años, no se observa un aumento proporcional en la implicación de la familia en la asunción de dicho cuidado; resulta curioso observar la última Encuesta de Empleo de Tiempo realizada en España durante el año 2003, en la cual no se distingue el tiempo empleado en el cuidado al anciano, sino que éste se incluye dentro de una sección más amplia denominada "*hogar y familia*", a la cual se le atribuye un 12% del tiempo en prácticamente la totalidad de mujeres (INE 2007).

Las cifras no nos muestran un progresivo aumento en la dedicación de la mujer al hogar y cuidado de ancianos y niños, sino más bien todo lo contrario. Ni siquiera se puede saber exactamente cuánto tiempo se dedica de forma exclusiva al cuidado de personas mayores. La dependencia de las personas mayores ha aumentado, pero no la dedicación por parte de las familias, aspecto que reviste gran interés para esta investigación.

Según la Encuesta sobre Nuevas Demandas Sociales del CSIC, sólo el 12% del tiempo total dedicado anualmente en España al "*cuidado de la salud*" lo aportan los profesionales sanitarios, siendo el 88% restante tiempo dedicado por los familiares o sistemas de autocuidado. Concretamente, Durán calculó que para sustituir a los familiares que cuidan diariamente a enfermos (tanto en casa como en los hospitales) por trabajadores asalariados, harían falta unos 690.559 empleados a tiempo completo, lo que supera bastante el número de trabajadores sanitarios públicos y privados (Durán 2004)

Según Durán, "*el conjunto de las familias constituyen un sector de prestación de servicios de salud que supera con creces el volumen de trabajo a todas las restantes instituciones sanitarias*" (Durán 2004:198).

El trabajo invertido por el sector informal en la atención a la salud consume un tiempo que es interpretado como recurso escaso, con múltiples posibilidades de uso, y que recientemente empieza a trasladarse a la economía monetaria, pudiendo contratarse y pagarse como producción de bienes y servicios. Evidentemente, este fenómeno de cambio

en el sistema informal de cuidados, donde la actividad y la responsabilidad del cuidado en los entornos domésticos “*se compra y se vende*”, presenta muchísimas consecuencias, entre otras, para la economía del país, en tanto que se configuran como ocupaciones laborales propias de economía sumergida, ocultas a la esfera pública, sin contribuir al desarrollo económico, ni al adecuado reconocimiento de la actividad laboral.

En el caso de los cuidadores de origen extranjero (que abordaremos posteriormente), si recibieran el mismo salario que los trabajadores del Servicio de Ayuda a Domicilio, su coste laboral sólo en la Comunidad de Madrid, ascendería a más de 300 millones de euros, sin contabilizar los tiempos de presencia; y a más de 572 millones si esos tiempos se contabilizaran (Rodríguez Rodríguez 2010). De estos datos, se desprende la importancia económica de los cuidados informales y el reparto de beneficios entre familias demandantes, mujeres inmigrantes y el Estado.

El tiempo de cuidado es un recurso escaso cuyo destino entra en conflicto con otras alternativas posibles. Ya hemos comentado que este fenómeno ocurre en España, en países europeos como Italia, y a su vez, en otros países no europeos como, por ejemplo, Canadá, donde se estima que entre un 85 y un 90% del total de cuidados prestados es de tipo informal. En nuestro país, la proporción oscila entre un 80 y 88% de cuidados proporcionados exclusivamente por la familia, mientras que los servicios formales proveen solamente un 3%. En el caso de personas con otro tipo de dependencia, las cifras van de un 50% (deficiencias psíquicas) a un 70% (discapacidad física), alcanzando hasta un 83% en el caso de enfermos no graves (De la cuesta Benjumea 2004).

Según fuentes del IMSERSO, en el año 2002, ya un 20,7% de adultos en España presta ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) a una persona mayor con la que convivían, y un 93,7% de ellos, tenían vínculos familiares con la persona a la que cuidaban (IMSERSO 2002). La situación, sólo unos pocos años después, dibuja una panorámica muy distinta respecto a los vínculos y el rol del cuidador informal, donde existe una nueva figura emergente de cuidador que no pertenece al grupo familiar, que en la mayoría de casos recae en mujeres inmigrantes, quienes asumen un rol que ha sido tradicionalmente ejercido por familiares.

Según diversos estudios realizados en nuestro país se identifica un modelo en el que el cuidador es entendido como un recurso, estableciéndose una relación basada principalmente en la cooperación y la dirección, en la que el cuidador es secundariamente objeto de cuidado. El cuidador no es reconocido como paciente, hecho que junto a la falta de recursos, las limitaciones de tiempo y la falta de concienciación respecto a la relación

de ayuda, constituyen algunas de las limitaciones actuales del trabajo entre el sector formal e informal de cuidados a personas dependientes (Delicado Useros 2004).

“Enfermar, morir y atender la enfermedad no sólo se definen a través de profesiones, sino que son hechos sociales respecto a los cuales se necesita construir acciones, técnicas e ideologías, de las cuales, sólo una parte se organiza institucionalmente” (Menéndez 2002:196).

A pesar de que la lógica de intervención así lo sugiera, no existen evidencias de que la conexión entre el sistema formal e informal de apoyo aumente la calidad de los cuidados (Martínez Riera 2003).

Parece necesario un replanteamiento en cuanto a la concepción de los servicios sociosanitarios de atención a personas dependientes, el cual no puede desarrollarse al margen, ni obviando, el apoyo informal. Así, el principio de complementariedad debiera sustituir al de subsidiariedad, que es el que hasta ahora ha prevalecido en la provisión de servicios formales. Si se analiza este cambio conceptual, se produciría también la convergencia natural y necesaria entre los servicios formales y el apoyo informal (IMSERSO 1995).

El reparto actual de responsabilidades y tareas entre el sector formal y el informal ponen en cuestión el mantenimiento del sistema informal tanto en magnitud, por el déficit de cuidadores disponibles, como en lo relativo a sus dinámicas de funcionamiento. A pesar de que la atención informal constituye el núcleo principal de la asistencia a personas dependientes, sigue siendo estigmatizada e invisibilizada por parte de los sistemas sanitarios o sector formal/profesional, fuertemente marcado por el Modelo Médico Hegemónico. No sólo constituye una alternativa a la institucionalización que resulta más beneficiosa para la persona dependiente y mucho menos costosa para el Estado, sino que además, está completamente deslegitimada.

En este punto de la reflexión acerca del cuidado cabe resaltar y recordar el cambio significativo que se está produciendo en España en los últimos años, tanto en la estructura social, como en el modo de vida. Este cambio se está dando no sólo en España, sino en la mayoría de países industrializados, sobre todo en relación a la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral fuera del ámbito doméstico, aspecto que ha coincidido con el aumento del fenómeno migratorio, no una mera casualidad que ambas circunstancias se den simultáneamente. Mientras que en otros países, esta realidad empezó a plantearse hace 20 años, en España ocurre ahora debido, entre otras razones, al devenir histórico y político.

El trabajo remunerado de las mujeres cobra una gran importancia en las sociedades actuales en tanto que compite con el trabajo doméstico y, a través de éste, con las formas tradicionales de organizar las relaciones familiares (Alberdi 1997).

Existe unanimidad respecto a que los familiares o personas cercanas que ofrecen el cuidado en el entorno doméstico, actúan como núcleo primario o inicial al incorporar los valores culturales compartidos como conductas cuidadoras. No obstante, el cuidado informal no puede quedarse en una responsabilidad individual o familiar de quienes tienen a su cargo personas con problemas de dependencia, sino que hay que comenzar a mirar esta realidad como un problema social que requiere de las medidas sociosanitarias y de los recursos necesarios para abordarlo responsablemente. La nueva Ley de Dependencia ha permitido, principalmente, un reconocimiento de parte de esa labor de atención a personas dependientes en detrimento, quizá, de la puesta en marcha de medidas concretas por parte del sector sociosanitario para la atención directa a estas personas, se sigue reproduciendo un esquema familista que encierra en sí mismo cierta incongruencia al responder, a la vez, a una política neoliberal.

Conocer la percepción y las vivencias que tienen las familias respecto a la atención y apoyo que reciben por parte del sistema formal de cuidados permite identificar elementos de mejora y nuevas necesidades en el proceso de atención a personas dependientes desde el entorno doméstico. Abordamos a continuación los fragmentos etnográficos donde se abarca el apoyo formal de cuidados como categoría de análisis.

C: "Es que yo lo reclamo, yo voy al centro de salud y le digo a la enfermera que vaya a visitar a la abuela. Si no lo veo necesario, no lo pido. Pero si yo veo algo, voy al médico en seguida y que lo vea."(CI-2)

C: "La enfermera venía y me decía: mira tienes que curarle así; y luego yo sola le hacía, no hacía falta que viniera la enfermera. Y un día se había sacado la sonda por la nariz, por la noche, madre mía...[...] Y bueno, pasaron días en que ella estaba bien, se puso bien, y yo entonces fui a la doctora, y le dije: mire, que pasa esto, y hay que ponerle pañales porque de día empezó a no controlar el pipí. [...] Dios mío, y ya después la doctora decía: que no, que no se podían mandar pañales porque ella todavía está consciente y que puede ser peor, y ella se acostumbra ya al pañal; y le dije: mire, pero es que yo ya no puedo así, y estuve insistiéndole, y dijo: bueno, venga. No le pareció muy bien, y así de mala....pero lo hizo, me recetó los pañales.[...] Y la doctora no me mandaba al neurólogo, no me mandaba al especialista, y decía: no, no porque ella tiene su enfermedad y no tiene cura, y yo le insistía, y yo decía: bueno, pero que por lo menos el especialista le mande algo para que ella se tranquilice, que yo quiero llevarla al especialista.. Y a mí me daba vergüenza, porque habrá dicho: ¿y ésta, qué?. Pero es que veía que la doctora no me hacía mucho caso y dijo entonces: bueno, venga, te voy a mandar al especialista, al neurólogo. El neurólogo me empezaba a preguntar cómo estaba, qué es lo que le pasaba y le manda unas pastillas, y luego, en el trayecto ese las pastillas le ponían peor. Volví

a ir otra vez. Le mandó otra medicina. Ya lleva yendo al neurólogo un año, y en un año, ya no le ha vuelto a dar eso"

I: ¿Viene la enfermera o el médico a casa cuando necesita?

C: Casi siempre vamos nosotras." (CI-4)

I: "¿Viene a verla la enfermera y el médico cuando ella lo necesita?

C: Sí cuando lo necesita ellos vienen" (CI-12)

C: Si es que yo no lo sé, porque la gente ahora trabaja. Tener unas ayudas, porque claro, debería ser la familia, pero si no se arreglan en la familia porque todos trabajan, hay que pedir ayuda a los sanitarios, no sé.." (CF-1)

C: " Yo pienso que es mejor en las casas. Las residencias están bien, no tengo que hablar nada de ellas, pero yo he ido muchas veces a ésta de Molina, y están muy a gusto, pero lloran porque no van los familiares.

I: ¿Vienen del centro de salud?

C: Sí, y la relación es muy buena. Vienen cada X tiempo a revisarla y ponerle la vacuna de la gripe, sacarle sangre.." (CF-28)

C: "Si la enfermera estuvo aquí con él, y estuvo casi 2 años haciéndole ejercicios para la cabeza; que quién era el rey de España, que qué edad tenía, que si tal, que si cual... y todo lo que él decía, ella lo escribía, y yo se lo he dicho. Ella estuvo también viniendo aquí por lo menos 2 semanas, porque se me infectaron los puntos y, la muchacha estuvo viniendo aquí, y yo, quedé contenta con ella- [...]A lo mejor en una residencia están más aseados, los lavan de otra manera, les cortan el pelo, los llevan a misa, los duchan en condiciones, los ponen a hacer cosas, puzzles, les dan cosas para enseñarlos y que se entretengan. Cuánta gente que tiene Alzheimer o que tiene Parkinson tiene que estar entretenida porque se duerme, y tener un juego, algo...[...]Y por las tardes la llevan aquí, a la guardería, y allí pues, la chica la enseña, le da los puzzles, le hace lo que puede. Si ella no hace nada, se le cae todo de las manos. Es el centro de mayores" (CF-32)

I: " ¿Venía aquí la enfermera y el médico a verlo?

C: Sí, sí. En ese aspecto no tengo queja ninguna. Cuando hemos necesitado al 061, ha estado aquí. Llamarlo y en seguida venir. Cuando ha tenido que venir su médico, ha sido decírselo, y en seguida venir. Su ATS, su enfermero, en seguida, aquí...[...]Dijeron :raro es la persona que está de esta manera y lo tienen como él está. Pero es que mi padre tenía las rodillas en la barbilla, todo encogido y las manos así, encogidas, como los bebés". (CF-33)

I: ¿Te ayudan por la mañana a lavarlo?

C: No, lo lavo yo porque él, si se orina o se hace de vientre, ¿cómo lo tengo yo así, ahí, para

que se llague? Pues yo lo lavo, y cuando ellas vienen, pues me ayudan a vestirlo y lo sacamos en la grúa, aunque muchas veces tengo que acostarlo yo sola con la grúa, porque los domingos no vienen por las tardes; por las mañanas sí, pero por las tardes no vienen. ” (CF-34)

I: “Entonces, ¿la sacas al centro de día?

C: Sí. Está dos calles más allá, y se puede ir. Ella tiene Alzheimer

I: ¿Te ayuda la auxiliar a levantarla y asearla?

C: Sí, tres días a la semana.[...] La saco por la mañana, que me ayuda la auxiliar o viene mi hermana, y luego a las 6 otra vez. Así, la levantamos de la silla, y anda un poco. Y así no se olvida de andar” (CF-35)

I: “¿Viene la enfermera y el médico a ver a la abuela?

C: La que había antes, sí. El siguiente, vive aquí, en la misma calle, pero antes había una, Paloma, que de vez en cuando, que es lo que da gusto, sin tener que decírselo. De vez en cuando, venía ella, y a mí me daba gusto, y a ella también le daba gusto cuando la veíamos, porque a los viejos se les coge un algo como que no se les hace caso, y al ser mayores, como que lo ven normal. Y entonces sí venía; y ahora no. El médico, hombre...si yo le digo que tiene que venir porque yo la vea muy mal, pues viene.

I: ¿Cómo se reparten aquí el trabajo?

C: Rosalía, la auxiliar, viene 3 días en la semana. Cuando alguna viene, de mis sobrinas, a recoger el crío, estoy deseando de pillar a alguien para que me ayude a cambiarla, porque como la cambiamos 4 veces al día, y como ella no se puede agarrar al tener el lado muerto, pues entonces le hago mucho daño. Tengo que estar con una mano, que no tengo ni pizca de fuerza haciéndole así y con la otra, pues, para cambiarla; si no se ha hecho caca, aún aún, le tiro del pañal y le meto otro como puedo y medio se lo pongo, pero, necesito una ayuda, porque la necesito. Y ya te digo, de ayudar, es mi hermana, la pobre, que después de hacer lo suyo se tiene que ir a Las Torres a ayudarle a su suegra también. ” (CF-36)

I: “¿Viene la enfermera y el médico?

C: No viene, lo que pasa es que ella tiene Sintrón y hay que sacarle sangre todos los meses” (CF-37)

I: “¿Viene la enfermera y el médico a verlo?

C: No, aquí no. Vino alguna vez cuando tenía azúcar, pero ya no tiene azúcar y no viene. [...] Pero no quiero que tenga que salir a una residencia. Han llevado a un cuñado mío a la de Alcantarilla, que estaba así como él. Decía: ¿A qué me habrán traído aquí, con 5 hijos que

tengo....y traerme a la cárcel? Esto es la cárcel...Yo no lo llevo por ahí..”(CF-38)

C: El enfermero viene día sí y día no a curarla. Y el médico estuvo al principio un par de veces, pero luego como yo voy a sacar medicinas y lo veo cada quince días o así, normalmente. Pero revisión de vez en cuando no viene. Hay que avisarle para que venga. El médico hace ya un año que no la ha visto”(CF-39)

C: Viene la auxiliar de ayuda a domicilio de la Cruz Roja tres veces en la semana, para la higiene. Y el resto me encargo yo”. (CF-40)

C:” Sí, viene el enfermero de vez en cuando. No tiene día fijo pero cada X tiempo viene a revisarlo. Todos los pacientes de ese enfermero los lleva muy bien. Los visita a todos” (CF-41)

C: Yo, al Servicio Murciano de Salud, no he ido y les he puesto quejas porque no tengo tiempo. Lo primero, es que dejan a criterio del enfermero que viene, también con el tiempo limitado, porque ya han pasado varios, y ni el que está ahora ni los otros anteriores, no nadie en particular, sino que supongo que todos van con el tiempo limitado; no se van a estar fijando tanto como un médico. A veces son cosas para que vea el médico, y no para que el enfermero se lo cuente al médico. Yo, esa es la queja que tengo, porque claro, se quedan con ideas, pero yo puedo entender de si esto está mejor o está peor, pero eso necesitaría de una visita rutinaria, no una visita de que cuando esté muriéndose que lo llames. Sería una visita cada cierto tiempo [...]. Yo te voy a decir una cosa: en mi opinión, el Servicio Murciano de Salud funciona muy mal, muy mal, cada vez peor. La Seguridad Social tenía sus cosas antes, pero ahora, el Servicio Murciano de Salud, tantas cosas que está haciendo y tanto bombo que se dan, yo, cada vez lo veo peor. [...] Yo sé que también que el médico que tenía antes se portaba muy bien; pero yo, hija mía, estuvo todo un fin de semana mal mi madre, y el médico no pasó. A los tres días, mi madre estaba ingresada con una trombosis en una pierna, que gracias a Dios, se le quitó y ya no tenía nada en la pierna. Por precaución, el médico se la vendó, y entonces, resulta que la tuvo vendada todo un fin de semana y en la venda tenía escrito “protección”. Por eso todo el fin de semana vendado, y por eso, todas las enfermeras que pasaban ese fin de semana, como no tenía heridas, pues no le quitaban la venda. Y qué coincidencia que le dio la trombosis en todo lo que llevaba vendado; ahí le dio la trombosis, y no se habían dado cuenta. Cuando pasó el médico y dijo, “venga, destapadle la pierna” Estaba aquello...se le abrió la pierna como cuando una sangría está pasada en el verano; se le abrió todo. Aquello fue...con decirte que ese mismo día le tuvieron que poner dos botellas de sangre. Y claro, como se estaba tomando el síntrón...con eso, te quiero decir que si ella tuvo esa herida, fue error de ellos. A ella le hubiera dado la trombosis igual, pero ese error fue de ellos. Así que, qué menos que pasaran más días a curarla de los que pasan. Eso es lo que te puedo decir [...]. Así estoy como estoy. Me subió la tensión y yo tengo una insuficiencia cardíaca y la tensión, pues hace unos años, a raíz de esto de mi madre y de mi hermano, me dio un ataque de tensión. Ahora estoy de baja, pero he ido hace poco a la médica y dice que me tiene que dar el alta. Dice que me la da pero que no estoy bien

I: ¿Se reparten el trabajo?

C: *Sí, claro, si tuviera que estar las 24 horas pegada a ella, no podría. Claro. Y menos mal que la auxiliar me ayuda. Ayuda necesitaría más, porque yo tengo lo del trabajo de aquí del almacén, y aparte, pues también tengo que hacer todo lo de las comidas de ella, de las ropas, la ropa de él, mis hijos...en fin, que te quiero decir que necesitaría para ayudar a lo que más necesita ella, la limpieza más urgente, que tenga sus ropas limpias, pero a ver si se arregla con el tiempo. Por eso te digo, que estas personas necesitarían más ayuda, no digo por parte de la Cruz Roja ya, sino de la Seguridad Social” (CF-43)*

I:” ¿Viene el médico y la enfermera a verla a casa?

C: *viene un ATS cada 2 meses para la revisión, el azúcar, la tensión y la circulación y eso, pero todo depende del médico de cabecera, con arreglo a lo que cuando le dio la trombosis, esos medicamentos más otros que se van combinando con arreglo a lo que se va presentando, pues seguimos la pauta. [...]; la rehabilitación, es la escuela. A rehabilitación va todos los días*

I: ¿Lo hace todo usted solo?

C: *Bueno, antes de irse a rehabilitación se lo hago yo todo, bueno, la aseo un poco. Luego viene la auxiliar y se lo hace mejor, pero mientras que esté en rehabilitación tengo que hacérselo yo solo. La auxiliar viene 3 días. Y todo lo demás, yo” (CF-44)*

C: *El de cuidados paliativos dijo al principio que vendría cada dos semanas, pero después me dijo que acudiera al doctor, que viniera su médico de cabecera. Una vez ha venido, pero no ha pasado de ahí. ¿Qué, cómo estás? ¿bien? Y yo, la verdad lo paso mal, porque tampoco sé si los medicamentos que le estoy dando los tiene que tomar mucho tiempo o necesita otra cosa...Es que, por eso digo que el lunes, yo tendría que ir al médico y me han dado cita para las diez y media. A ver a quién dejo yo aquí para que me pueda ir. Tendré que dejarlo solo con la puerta abierta porque no tengo otra solución*

I: ¿No lleva nada para el dolor?

C: *No lleva nada. Lleva el paquete, el reservorio ese, pero ahora mismo no le están poniendo nada por ahí. Pero yo estoy preocupada por si necesita calcio o vitaminas, porque no come casi nada.*

I: ¿No toma los batidos estos que son complementarios y van muy enriquecidos? ¿se los han mandado? ¿le gustan?

C: *No lleva batidos, no lleva nada” (CF-47)*

Todos las personas dependientes que viven en las unidades domésticas a las que

nos hemos acercado como entorno de nuestro estudio, cumplen con las características definitorias que en su día promulgó el INSALUD como criterios de inclusión para el programa de atención domiciliaria a pacientes inmovilizados (INSALUD 1996). No sólo se trata a pacientes encamados, sino que la situación de inmovilidad va mucho más allá, incluyendo aspectos sociales. Observamos en la etnografía que una gran parte de los cuidadores refiere no recibir atención domiciliaria de manera programada, que fomente los aspectos de prevención terciaria en este perfil de usuarios, independientemente de la atención que pueda precisarse en casos agudos. También nos encontramos con casos de enfermos en situación terminal, con una esperanza de vida muy corta, y ante esos casos tampoco se cumplían los protocolos de atención domiciliaria que deben proporcionar los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD). Aunque estamos en un proceso de progresiva desmedicalización de los procesos naturales, (nos referimos a envejecer o morir), y muestra de ello es el mantenimiento de las personas dependientes en su entorno comunitario, observamos cómo en la praxis del cuidado profesional sigue subyaciendo un enfoque más curativo que preventivo, encontrando así el resurgimiento de un escollo que realmente no llegó a desaparecer con la reforma de Atención Primaria de Salud que se lanzó en Alma Ata. Desmedicalizar con un enfoque que continúa siendo curativo es una empresa hartamente difícil y contradictoria en sí misma. Mientras que el sistema formal de cuidados sigue medicalizando el proceso salud/enfermedad/atención con el enfoque curativo, los procesos de autoatención y autocuidado en la dependencia simbolizan lo contrario, es decir, la desmedicalización de la ancianidad desde una posición de completa subalternidad. El Modelo Médico Hegemónico lanza un discurso donde defiende la no institucionalización de la persona mayor dependiente pero continúa desacreditando el soporte informal de cuidados al mantener el enfoque curativo frente a la ancianidad.

Independientemente de este aspecto, una buena parte de las familias tiene asumidas las funciones del cuidado lego o informal, y manifiestan cierta satisfacción frente al escaso apoyo formal que ellas mismas evidencian. Por tanto, por un lado encontramos satisfacción del sector informal frente a un deficitario apoyo formal, con muy pocas horas semanales de ayuda a domicilio o precariedad en el soporte por parte de centros de estancia diurna para personas mayores o visitas domiciliarias. En este sentido coincidimos con los hallazgos de Gil, que realizó un estudio en el que las cuidadoras informales manifestaban su desacuerdo frente a la escasez del apoyo domiciliario a pacientes con procesos de larga duración (Gil García et al. 2005). Por otro lado, ante ese mismo apoyo deficitario, encontramos manifestaciones de insatisfacción, reclamando mayor reconocimiento, ayuda y una mejor prestación de servicios en el entorno doméstico para reforzar y mantener la autoatención y el autocuidado. Tanto en un caso como en otro lo que sí queda claramente expuesto es el déficit de asistencia formal ante la dependencia.

El insuficiente apoyo formal a las personas dependientes, evidenciado en la

etnografía, nos permite identificar que el eje estructural al que responde es al Modelo de sustitución o jerárquico compensatorio definido por Penning (Penning 1990). No se trata de un modelo de complementariedad real entre el sector formal e informal como promulgaba Chappel, ya que no existe un equilibrio entre ambos tipos de apoyo, recayendo principalmente, en el cuidado informal (Chappel, Blanford 1991). Las nuevas iniciativas del Estado al respecto, respaldadas legislativamente, no consiguen compensar la autoatención formal, ni cubrir aquellas dimensiones a las que ésta no es capaz de llegar, sino sólo reconocer parte de la aportación del cuidado informal. Por ello, al no tratarse de una estrategia intervencionista, sino más bien normativa, el apoyo formal se constituye como un dispositivo totalmente secundario según la jerarquía compensatoria de Penning.

Los hallazgos de nuestra etnografía coinciden con los resultados de Rivera, a pesar de haber transcurrido varios años entre ambos estudios y haberse desarrollado la Ley de Dependencia en ese lapsus de tiempo; nos referimos a la demanda por parte de las familias de una mayor intervención del Estado para sostener el cuidado del paciente en su domicilio, existiendo una mala imagen de la labor de las administraciones públicas en este ámbito (Rivera Navarro 2001). Sistema formal e informal de cuidados constituyen conjuntamente un mecanismo de apoyo a la dependencia en los domicilios en el que la balanza está totalmente descompensada y, por tanto, la percepción por parte de los cuidadores familiares es bastante negativa en cuanto a cobertura de servicios.

Así, también se confirman en nuestro estudio los postulados de Pérez Díaz, según los cuales, la familia continúa teniendo mayor responsabilidad sobre la salud que el Estado (Pérez Díaz 1998). Con ello queremos decir que el apoyo informal sigue siendo mucho mayor que el formal, incluso cuando la familia está sufriendo importantes cambios estructurales en un entorno social en plena transformación.

De la Cuesta concluía en uno de sus estudios que los servicios socio-sanitarios no deben reemplazar a la familia, sino complementarla y supervisarla, reconociendo el valor de los cuidados informales y la importancia de su mantenimiento desde el entorno doméstico para el bienestar de la persona dependiente, postura respecto a la que estamos de acuerdo según nuestra etnografía (De la Cuesta Benjumea 2004).

No obstante, coincidiendo a su vez con Quero, de nuestro trabajo de campo se desprende que no todas las tareas que realizan los cuidadores informales pueden ser realizadas por el personal sanitario del sector formal, no sólo en lo relativo a aspectos terapéuticos, sino, especialmente, respecto a acompañamiento (Quero 2003). Incluso cuando la estructura sanitaria formal asumiera mayores responsabilidades respecto a las

personas mayores dependientes, ésta no alcanzaría a cubrir todas las dimensiones del cuidado que implica la atención a una persona dependiente en su domicilio.

Parte del apoyo que reciben estas familias, no procede realmente del Estado, sino de ONG's como Cruz Roja, que ha habilitado un Servicio de Ayuda a Domicilio para aquellas personas que no reciben otro tipo de apoyo ante la evidencia de la necesidad. Por ello, el apoyo formal al que se refieren muchos cuidadores familiares no es realmente procedente de iniciativas públicas estatales sino de organizaciones no gubernamentales, que forman parte de la red social de apoyo, no de los dispositivos formales de cuidado.

Ward-Griffin considera que entre el sistema formal e informal de cuidados se establece un proceso progresivo de negociación cultural entre el cuidado "*público*" y "*privado*" (Ward-Griffin, Marshall 2003). Estas acepciones aluden al cuidado formal e informal, siendo crucial tener en cuenta que es cultural la clave de interpretación y de organización de ambos sectores y que esto puede llevar a la desigualdad en la distribución de la responsabilidad respecto al cuidado de personas mayores dependientes. Quizá este aspecto nos ayude a comprender cómo, ante una misma prestación deficitaria de servicios, existen familias con percepciones tan dispares y manifestación de satisfacción tan opuestas. La variabilidad en la provisión de los servicios y el déficit en la aplicación de las normas de obligado cumplimiento (actividades que delimitan criterios mínimos de calidad en los servicios sanitarios domiciliarios que corresponden a personas inmovilizadas y/o dependientes) también constituyen un factor que puede determinar esta diferencia emic/etic.

Sin embargo, desde otros sectores y disciplinas sí se reconoce el soporte fundamental a nivel de cuidados informales, tal como afirman diversos autores como Donati.

Tras diversas investigaciones, el autor italiano asegura que una familia bien organizada es capaz de afrontar con competencia los problemas de salud que padecen sus integrantes y que puede mejorar incluso la prevención de enfermedades que padecen éstos, acelerando los procesos de curación y rehabilitación cuando éstas surgen. Refiriéndose a los ancianos, afirma que las intervenciones profesionales producen mejores resultados cuando la persona a la que van destinadas dispone de una buena red de apoyo (Donati 1994).

Un claro ejemplo de ello son las transformaciones que está experimentando la familia. Los cambios demográficos y de estructura social en relación al envejecimiento, así como la instauración de enfermedades crónicas, terminales y las situaciones de dependencia pueden afectar a la familia y generar desórdenes como unidad funcional. También podría entenderse al revés, es decir, que los cambios en la institución familiar

están generando problemas para abordar el proceso salud/enfermedad/atención específicamente frente a la ancianidad.

Según Alberdi la familia está perdiendo consistencia institucional, pero ha ganado intensidad emocional, pues en ella se acepta a sus integrantes tal y como son, lo que incluye las situaciones en las que se tienen problemas de dependencia (Alberdi, I. 1999).

Otros autores se refieren al papel que ejerce la familia en la interpretación positiva que sus componentes hacen sobre los síntomas de la enfermedad y la salud, así como sobre la eficacia de los tratamientos y los comportamientos profesionales, influyendo todo ello en la evolución de la enfermedad.

Kleinman estimaba que entre un 80-90% de los cuidados de Atención Primaria tienen lugar en el seno de la familia en cualquier lugar del mundo, dando idea de la transculturalidad que subyace al fenómeno del cuidado informal (Kleinman, Eisenberg & Good 1978).

Los cuidados no profesionales o cuidados genéricos (Leininger 1978) siguen siendo un elemento estructural fundamental que parten de la red familiar constituyendo la base de las medidas de autoatención y autocuidado. El recurso fundamental con que cuentan los cuidados informales es el cuidador principal.

5.2 LA FIGURA DEL CUIDADOR INFORMAL

Ante la necesidad de cuidado de un anciano dependiente, considerado como un fenómeno familiar principalmente, los estudios revelan la existencia de una persona clave: la cuidadora principal. Estas personas, mayoritariamente mujeres, toman la responsabilidad del cuidado del enfermo de forma desinteresada, preocupándose a la vez de los otros miembros de la familia. De manera recíproca, muchos cuidadores principales dicen estar apoyados en el cuidado por otro miembro de su familia identificado como cuidador secundario (García Calvente 1999)

La cuidadora familiar principal se constituye como un núcleo básico y fundamental en la respuesta informal de cuidados. Para centrarnos en esta figura y en la articulación de cuidados que realiza vamos a describir en primer lugar el perfil del cuidador familiar que hemos entrevistado en nuestra investigación.

Tabla 5.1 Perfil de los cuidadores familiares entrevistados.

PERFIL DEL CUIDADOR FAMILIAR	
Tipo de cuidador	Cuidador principal (familiar)
Edad	Edades avanzadas, mayores de 60 años principalmente
Género	Femenino mayoritariamente; sólo encontramos 4 cuidadores masculinos
Estado civil	Casados y solteros. Otros sólo ocasionalmente.
Descendencia	Grupo filial mayor de 3 hijos
Nivel de estudios	Sin estudios o con estudios primarios solamente.
Creencias religiosas	Religión católica
Ingresos	Ausencia de ingresos (en la mitad de los casos), ayudas no contributivas y pensiones inferiores a 600 euros
Convivencia	Conviven con la persona dependiente en la mayoría de los casos
Tiempo de cuidado	En torno a 10 años

El tipo de cuidador familiar que encontramos en nuestro trabajo de campo coincide con el encontrado en el resto de estudios realizados al respecto por diferentes autores (Alonso et al. 2004)(Crespo, López 2007)(Domínguez Alcón 1999)(Rivera Navarro 2001)(IMSERO 2005). Estos datos probablemente irán cambiando por la progresiva transformación de la sociedad, pero aún en sociedades tan diferentes a la nuestra como la china, existen unas expectativas y una asociación del cuidado informal al género muy similares a las nuestras (Heok, Li 1997). Según Durán, el 86% de los cuidados familiares son otorgados, principalmente, por mujeres (Durán 1993). Resulta evidente que las mujeres han sido, y continúan siendo, los principales agentes sociales de apoyo para los demás miembros de la familia ante el proceso salud/enfermedad/atención.

Entre las características, destaca el vínculo familiar, la avanzada edad, la figura femenina, ingresos económicos escasos o nulos, déficit de formación académica y largo tiempo de cuidado informal. Si bien el perfil del cuidador familiar existente no ha cambiado esencialmente en las dos últimas décadas es necesario señalar que aunque sus características continúan siendo las mismas, se añade mayor edad y mayor nivel de

dependencia, sin olvidar la progresiva escasez de los mismos como recurso procedente del sector informal de cuidados.

Las cifras que ilustran el predominio de las mujeres como cuidadoras son abrumadoras: el 60% de los cuidadores principales de personas mayores, el 57% en el caso de personas con discapacidad y el 92% de los cuidadores de las personas que necesitan atención por cualquier motivo. Las mujeres asumen con frecuencia también el papel de cuidadoras secundarias, de tal manera que cuando una cuidadora principal necesita ayuda para cuidar, suele recurrir a otras mujeres de la familia (García Calvente 2004)

En nuestra etnografía encontramos hallazgos relativos a la percepción del género en relación a los cuidados informales que coinciden en diversos aspectos con los resultados de otras investigaciones. Por ejemplo, tanto maridos como esposas de familiares dependientes creen que las mujeres son las personas más apropiadas para ejercerlos, siendo las esposas las que sienten una mayor obligación de cuidar a sus parejas que los maridos (Collins, Jones 1997). Además, cuando el receptor de cuidados es un varón, en la mayoría de las ocasiones son sus cónyuges (77,6%) las que se hacen cargo. En cambio cuando las receptoras de cuidados son mujeres, se encargan principalmente sus hijas (65,9%) (Badía, Lara & Roset 2004). Podemos encontrar también nueras o cuñadas ejerciendo el rol de cuidadoras, pero no se suelen encontrar yernos o cuñados desempeñando ese mismo papel (Valderrama, et al. 1997). Además, resulta ejemplificador que un estudio del IMSERSO, pusiera de manifiesto que el 59% de los españoles creen que pueden cuidar a las personas mayores por igual hombres que mujeres y tan solo un 21% cree que es preferible que sean mujeres las cuidadoras de los mayores. Pero cuando se les pregunta quiénes quieren que les ayuden a ellos en su vejez, el grupo más numeroso indica que prefiere que sea una hija (IMSERSO 2005).

5.2.1 Percepción del género asociado al cuidado (cuidadoras familiares)

I: "¿Piensa usted que ser mujer es beneficioso para esta tarea?"

C: Sí, claro, por supuesto. Respecto a los hombres, hay de todo".(CF-1)

C: " No sé qué decirte. Si es un hombre para un hombre, sí. Pero si es un hombre para una mujer, no. Y si es una mujer para un hombre, no. No es igual, creo que no. Desde 1985, también cuidé a mi suegra. Yo le decía a mi suegro: Pedro, ven, ayúdame a lavarla, y decía: es que no puedo,...ese olor. Y yo era quien se hacía cargo de todo el día que me tocaba. Me llevaba allí a mis hijos pequeños, y me iba para allá. Tengo para contar...he cuidado a mucha gente mayor muchos años" (CF-28)

C: " Por supuesto que no es lo mismo; hacerlo igual no lo va a hacer, creo yo. Si te refieres a hijos o a hijas....

I: También hay cuidadores que se contratan que son hombres...

C: Sí, pero no es lo mismo. Sí, haber sido madre y haber tenido hijos claro, eso influye, porque ahora mismo, una persona así, mayor, es como si estuvieras cuidando un bebé otra vez, porque necesitas estar pendiente de ellos, claro. Es así. Mi madre todavía no es que esté muy muy mal, está bien de la cabeza. Pero tú imagínate que ella está mal ¿qué necesita? Cambiarle sus pañales, como hacemos con mi suegro, y hacérselo todo, darle de comer....si no lo limpias no come. Yo digo que no sé, que hacerlo igual igual, no creo que lo hagan. Que tienen que ser excepciones, muy muy excepciones. Yo tengo hijos, y hasta que no vienen no me acuesto...pero si tuvieran que cuidar a una persona mayor.....seguramente lo harían; pero yo creo que son los pocos, los pocos..."(CF-30)

C: Sí, una mujer, claro, sí, sí...Hemos tenido en casa un hombre, pero es un jardinero. Para cuidar, ¿cómo voy a meter a un hombre aquí para cuidar a un enfermo?

I:¿Cuál es su ocupación principal?

C: Cuidar de mi marido

I:¿A qué se dedica/dedicaba?

C: Sólo ama de casa

I:¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo de cuidadora?

C: 5 años

I: " ¿ser mujer puede ser beneficioso para esta tarea?

C: Si fuera al contrario, yo estaría en una residencia" (CF-31)

C: Pues, no sé. Igual no. No porque los hombres no tienen la soltura que tenemos nosotros, ¿entiendes? Yo conozco personas, hombres, que están cuidando a la mujer, y a las 3 de la mañana él tiene que levantarse para que ella orine. Y eso me lo han comentado, de un vecino, y que va mal. Hay que ponerle una mujer que le ayude. El hombre si tiene que levantarla a las 3 de la mañana, pues claro, el hombre ya no se duerme. El hombre ya tiene 85 años, y está cuidando de su mujer. Vive una hija suya en el mismo bloque, pero es maestra y trabaja; las nietas también trabajan fuera, con carrera todas. La hija es separada y está en su trabajo Y yo le he dicho al hombre: ¿por qué no haces que venga una mujer que te ayude a cuidarla todo el día?, tú tienes para pagarlo...luego a luego tú caes. Un hombre ¿cómo se va a poner a lavarle hasta la ropa interior? Una mujer eso sí lo puede hacer, pero un hombre no puede hacer eso, ni poner lavadoras, ni tender ropa, ni planchar ni recoger, porque no saben ellos de lo que va eso. ¿Cómo va a hacer la cocina como una mujer? Echan agua en el suelo, lo hacen mal....eso es un inconveniente muy malo. No es eso para ellos. Eso tiene que hacerlo una mujer con un anciano

o con una anciana; tiene que darle de comer; si se orina tiene que ponerle el pañal, si no tiene que darle el yogur a tal hora, luego tiene que darle la cena temprano, porque los mayores no pueden cenar tarde, pues todas esas cosas, pero un hombre no puede asistir a una mujer. Ahora, una mujer sí, y aún así, una mujer sola a veces tampoco puede, porque si el anciano está muy gordo y eso, para ponerle pañales se necesitan dos personas. Pero, lo demás..(CF-32)

C: "Sí. Un hombre a lo mejor puede ir a ayudar a una mujer para que ande, o sacarla a andar, o a estar al cuidado de ella un rato, pero yo pienso que para asearla, prepararle todo, pienso que no. ¡Cuidado, eh!, que en los hospitales se hace, pero a mí no me gusta que a una mujer la asee un hombre" (CF-45)

Como podemos observar en estos relatos, pertenecientes todos ellos a cuidadoras familiares, las actividades de autocuidado y autoatención son asociadas por ellas mismas a roles de género. Se consideran una extensión de las labores domésticas, fruto de la división sexual del trabajo que históricamente estableció los límites de lo doméstico. En esta idea coincidimos con Finerman (Finerman 1989). No obstante, la invisibilidad de las tareas del entorno doméstico y la dificultad para especificar la gran diversidad de actividades, la complejidad emocional y material que implica el desarrollo de dicho rol, no facilita la delimitación a la que se refiere Finerman; más bien solamente indica una realidad social específica bastante compleja en su aparente simplicidad al estar integrado en la vida cotidiana.

La mujer es un recurso de salud generado a nivel de grupo doméstico por su capacidad cuidadora, que según Menéndez, contribuye a la reproducción biosocial del grupo (Menéndez 1986). Se asegura así la continuidad de la vida, y la práctica del cuidado se ha asignado como un rol propio de la mujer debido a su naturaleza reproductiva. En la etnografía muchas mujeres explican con normalidad que para poder ejercer adecuadamente las actividades del cuidado informal debe haberse experimentado previamente la maternidad. Consideran el cuidado informal como algo propio de la mujer, ligado a su naturaleza, totalmente alejado de los roles masculinos.

Se confirma así la asimetría de género en relación a las actividades curativas y de cuidado que ya adujo Lévi Strauss (Lévi-Strauss 1967).

Llama la atención que no se tenga la misma percepción asociada al género en los cuidados profesionales. El cuidador profesional masculino es aceptado sin grandes reticencias, pero existe cierto rechazo en el área de los cuidados informales. Esto puede deberse a la mediación que ejercen los factores socioculturales en el nivel de autocuidado, circunscrito al entorno doméstico y no al público.

Los hombres tienen la misma capacidad que las mujeres para ser cuidadores, si bien al principio pasan una primera etapa más dificultosa porque tienen que aprender tareas que desconocían o desarrollar atenciones que necesiten superar especiales resistencias psicológicas (como la higiene íntima de la madre, etc.). Si bien entre cónyuges hay tantos cuidadores varones como mujeres, parece desproporcionada y discriminatoria la relación de nueve a uno entre las hijas e hijos cuidadores, reflejo, por otra parte, de la desigualdad de roles entre los sexos que se mantiene en España (IMSERSO, 1995). En nuestro trabajo de campo, las cuidadoras familiares suponían que ante el caso de haber un cambio de roles, siendo ellas las que tuviesen que recibir el cuidado informal por parte de hombres, lo que posiblemente habría ocurrido es que estarían institucionalizadas en una residencia.

Bover llevó a cabo un estudio sobre el impacto del cuidado informal desde una perspectiva de género y llegó, entre otras a una interesante reflexión: los varones cuidadores utilizan los discursos dominantes acerca de los roles sociales y los combinan con otros emergentes, como la solidaridad social, con la transformación del cuidado en socialmente compatible con el aporte masculino a la sociedad. Es decir, estos cuidadores enfrentan su deseo de querer estar en la contabilidad y el valor del cuidado realizado, pero experimentan la opresión de no saber si cuidar desde la naturaleza femenina del cuidado o si hay que crear otra forma masculina para hacerlo (Bover Bover 2004). La presencia en el cuidado se torna para estos cuidadores en una situación incómoda y de difícil explicación socialmente, ya que entran en conflicto los nuevos valores y poderes económicos con los valores propios y las relaciones de poder que se establecen en los entornos domésticos y cotidianos. Supondría la producción social de un nuevo rol masculino relacionado con la conciliación entre la vida laboral y el apoyo a las personas dependientes, que entra en contraposición con todo un constructo de ideas que refieren al cuidado en femenino, las cuales determinan las prácticas a nivel doméstico, sea por mujeres de la familia o ajenas a ella. Socialmente, resulta menos complejo que una mujer inmigrante asuma el rol de cuidadora principal, (y por tanto se realice una sustitución de la mujer en el espacio doméstico por otra figura femenina), que cambiar la construcción social del género existente.

Abordamos a continuación la autopercepción sobre los roles que ejercen las cuidadoras familiares principales.

5.2.2 Roles

I: "¿Quién es la persona de referencia que lleva la mayor parte del peso de los cuidados?"

C: La que coordina todo es su hija, la mayor. Ella no trabaja ni nada. El día que está ella, no se va a comer ni se despega de allí. Entonces ella se dedica a preparar las pastillas para toda la semana, ver si le faltan pastillas e ir al médico para sacarlas...

I: *Su papel en la casa es...*

C: *la señora de la casa, yo sí...además, es que soy una más en la casa" (CF-1)*

C: *" Soy el ama de la casa, porque quien lleva en mente todo soy yo, aunque mi hermana me compra algunas cosas que le digo, voy al médico a sacarle todas sus cosas.." (CF-28)*

I: *"¿Qué pasa cuando usted está enferma? ¿Quién se hace cargo?*

C: *No me pongo mala....[...] Sí, me hago cargo de todo, de todo" (CF-29)*

C: *" Todo yo*

I: *¿la mayor parte del peso de los cuidados del paciente, quién la lleva?*

C: *Yo*

I: *¿Cuál diría usted que es su papel en la casa, en la familia que atiende, es decir, su rol? C: Soy el ama de la casa" (CF-31)*

I: *"¿Y cuando tú te ponías enferma, qué pasaba?*

C: *Pues ahí estaba, aguantando el tirón. A mí no me decía ninguno, "vete a tu casa"...Porque si yo tuviera aquí a alguien más, pues lo habríamos compartido. Cuando mi padre estuvo mal, éramos 7 hijos. Pero mira lo que me ha quedado para mí sola. Cuando pasó lo de mi madre, venían mis cuñadas y mis hermanos, y cuñados; estaba mi marido, y mi padre...y yo...yo tenía un apoyo; pero yo ahora ¿en quién me voy a apoyar? Y más ahora cuando se hace de noche, y te quedas sola como la una, ¿eh? Y toda la noche escuchando a ver cómo está, ¿eh?...Son cosas duras, porque son duras. Cuando tienes una compañía no es tan dura, tan dura como cuando tienes a alguien. Esto hay que pasarlo para saber lo que es. Si no lo pasas, no lo sabes, no lo sabes. Hay que pasarlo. Y está una persona sola, y de día, pues viene gente; pasa una, pasa la otra, y me visitan. Eso hace mucho. Pero te quiero decir, que esa convivencia, el estar juntos de noche. Si te pasa algo...le dio una noche una diarrea que llenó todo hasta las cuatro puntas. Y no es que lo llenara todo; eso me da igual. "Madre mía, que se me queda sin líquido y me lo voy a tener que llevar para la Arrixaca". ¿A quién le pido yo ayuda? A nadie. Esa tos que le da, que se queda negro, con el abanico haciéndole aire; uno solo es muy duro, pero nada. Algo bueno tiene que tener el señor reservado. No lo sé, no lo sé" (CF-34)*

C: *"Depende de las circunstancias, porque hay ratos de todo, pero te ves, aunque estés rodeado de mucha gente, te ves más sola que la una, te ves muy sola. A mí no me gusta pedir favores ni a mi hermana; y es mi hermana y nos llevamos bien, pero ella no se da cuenta" (CF-36)*

C: *"Bueno, sí, bien....me encargo yo principalmente porque soy el que está aquí. Estoy jubilado de artrosis hace ha muchos años, unos 12 años o así. Y ya claro, la mayor parte la llevo yo,*

claro. Mis hijos trabajan”(CF-39)

I: “¿Se encarga usted del resto?

C: De todo” (CF-47)

I: “¿Por qué nadie más se ha hecho cargo de atenderla a ella?

C: *Se han descargado..(Llora). Me hago cargo porque es la madre de mi marido, pero no quiero que la gente piense que a mí me pagan. Al revés, le hago la compra y le llevo de todo. La pensión de mi suegra se queda intacta, y cuando viene su hija, coge y se la da....no me gusta decir nada. Y es que son ya muchos años, y no puedo ya más. No es que no quiera. Porque, si no hubiera querido, en 23 años, no lo habría hecho añadido a mi trabajo. Pero es que no puedo”..(CF-48)*

El rol más importante que se desprende de la etnografía es el de cuidador principal. En este caso, nos referimos únicamente a cuidadores familiares, ya que los cuidadores inmigrantes los abordaremos en el último apartado de este capítulo. Entre los cuidadores principales familiares se encontraban cuatro hombres, pero no hay diferencias entre las percepciones o las vivencias del cuidado en función del género o del rol a desempeñar, aspecto que resulta muy curioso.

Según un informe del IMSERSO sobre cuidados a personas mayores en los hogares españoles, más de 950.000 personas mayores de 18 años prestan algún tipo de cuidado o apoyo a algún anciano. Sin embargo, el tipo y grado de ayuda prestados son muy heterogéneos, sin ser todos ellos cuidadores principales (IMSERSO 2005)

Las mujeres no sólo asumen de forma mayoritaria el papel de cuidadoras principales sino que también son mujeres las que ayudan a otras mujeres en el cuidado. Se responsabilizan de tareas que implican mucho tiempo, de manera que se genera una desigualdad en la distribución de cargas de cuidado entre hombres y mujeres, dando lugar a una desigualdad de género. Esto, a su vez, genera una distribución desigual de la cultura de la salud y de la cultura de los cuidados.

El estudio de la mujer como cuidadora informal ha tendido en muchos casos a circunscribirse en el sector de la medicina popular, y en este sentido, ha tenido una gran importancia. Según Kleinman, el interés que se ha demostrado refleja, no tanto una cuestión de Antropología de la Medicina acerca de los roles femeninos del cuidado, sino la contribución de las mujeres a la cultura y las creencias de salud. Además, como la mayoría de enfermedades son gestionadas dentro del sector popular, cabe centrar la atención en el cuidado doméstico y la mujer como cuidadora, cuya estrategia de cuidado suele ser la primera opción dentro del entorno familiar (Kleinman 1980).

Quero también consideraba que, en sí misma, la práctica de los cuidados informales reproduce el rol de género femenino (Quero 2003).

A su vez, Finerman realizó un estudio en el sur de Ecuador donde se proporcionaron ejemplos de casos que reflejaban la gran contribución de la mujer a la salud de la familia. En esta población estudiada, las mujeres proporcionan la mayor parte de los recursos para el cuidado (75%) y atienden por sí mismas la mayoría de afecciones de la salud familiar (86%), empleando un complejo sistema de creencias terapéuticas y prácticas en el tratamiento de un amplio espectro de afecciones. Este caso no resulta ser aislado, ni tampoco refleja una realidad que adolezca de representación en otros lugares, ya que estudios de corte transcultural demuestran que la mujer, especialmente el ama de casa, representa la mayor fuente de recursos terapéuticos y asistenciales en muchas y diferentes sociedades; entre ellas, podemos destacar que entre las mujeres de mediana edad de México, más del 85% conocían al menos un remedio casero que usaban cotidianamente en la atención a la salud familiar (Finerman 1989).

La confianza en la figura de la mujer para la atención a la salud y sus cuidados no depende de la accesibilidad a servicios sanitarios del modelo biomédico, ni tampoco de la falta de oportunidades para explorar otras alternativas en el cuidado, ya que dicha responsabilidad sobre el cuidado de la salud es un patrón cultural, siendo entendida dentro de un conjunto de prácticas terapéuticas en el sistema de atención a la salud de una población concreta (Finerman 1989)

Kleinman también coincidía con Finerman, y detalló que la participación en el cuidado de los miembros de la familia en Taiwán, así como la selección de las medidas terapéuticas, solía ser elegida por la madre o la abuela, considerados miembros clave en la familia (Kleinman 1980).

5.2.3 Motivos para ser cuidador

Respecto a la causalidad o los motivos que han llevado a estos familiares a asumir el rol de cuidador principal se identifican diversos factores como la obligación moral, valores de religiosidad, reciprocidad o responsabilidad, que operan en el conjunto de creencias y prácticas asociadas a la autoatención familiar o primer nivel de asistencia.

Pérez Díaz analiza el protagonismo familiar como un compromiso moral y emocional de la familia con sus componentes, al que subyacen dos razonamientos que suponen un cierto revés al discurso familista: por un lado, que las actividades de bienestar son más numerosas y más complejas que las que se reducen a la financiación y la provisión de los servicios; por otro lado, que la familia tiene ventajas comparativas respecto a los otros agentes del sistema de bienestar, y puede desempeñar las actividades

de cuidado mejor y a menos coste. Según este planteamiento, las familias poseen ventajas respecto al estado para ofrecer mejores servicios de asistencia personalizada a mayores, niños y enfermos, independientemente de los motivos que las lleven a hacerlo (Pérez-Díaz 1998).

Existen investigaciones que demuestran una aceptación total y absoluta sobre la asunción del cuidado de personas mayores debido al importante y destacado papel de las creencias culturales, los cuales guían la toma de decisiones al respecto (Shaibu, Wallhagen 2002). En otros casos, como en el estudio de Taylor y Seeley, tal asunción de cuidados informales por parte de la mujer en el entorno doméstico se debe principalmente a la inexistencia de apoyo económico ni social al respecto (Taylor, Seeley & Kajura 1996).

Por ello también añadimos el aspecto económico a las causas o motivos para asumir el rol de cuidador principal. Los costes que supone un cuidador informal no familiar no pueden ser cubiertos por muchas familias, de manera que mientras que la persona que asume las tareas asociadas al cuidado es independiente, no se procede a contratar ayuda informal como iniciativa particular. Este aspecto se presenta en muchos de los casos, ya que pudimos observar que la figura de la cuidadora principal presentaba manifestaciones de dependencia, y por diversos motivos, no habían recibido ayudas procedentes de la puesta en marcha de la Ley de Dependencia. A título particular no podía sufragarse esta ayuda de ningún modo, aún cuando la necesidad era evidente en la mayoría de los casos. Con o sin recursos de apoyo a la dependencia en la ancianidad, las concepciones culturales generan un universo explicativo de las prácticas sobre cuidado informal en cualquier lugar del mundo, teniendo en cuenta el contexto sociohistórico en el que se encuentre.

C: Lo hice por un favor a mi sobrina, pero ahora estoy viendo que ojalá lo hubiese hecho antes. Es gratificante. Esto de saber que le haces bien, además que te hace una sonrisa. Me gusta tratar con los enfermos. Que tú veas que le haces una cosa y hasta te mira, con ese agrado. Cuando llego, le hago la señal de la cruz, en el nombre del padre, del hijo y del espíritu santo. Ella no habla, pero balbucea al final, "amén". Y ella no habla...con eso te lo digo todo" (CF-1)

C: Porque mis hermanas, bueno, las tres dijimos: aquí hace falta una mujer, entonces yo, como mi marido, pues ganaba mucho menos, entonces dije yo: pues venga, yo me hago cargo, de mi tía y de ella. Entonces mi tía, aunque cobraba poquito, yo me quedaba con el sueldo y entonces yo, le daba de comer, todo lo que le hacía falta. Mis hermanas también me han ayudado, pero normalmente lo he hecho yo. Y con mi madre no gano nada, sólo, que es mi madre. Y aquí estoy el mayor tiempo, porque yo entro a las 8 de la mañana y le ayudo a mi hermana a lavarla para que ella se vaya al trabajo, y yo ya, hasta las 8 y media de la tarde...aunque venga mi otra hermana de La Ñora un par de horas, pues son cerca de doce las que me tiro aquí. Entonces viene, pero, se tiene que ir en el autobús. El mayor tiempo me lo tiro yo.

I: *Imagínese que usted trabajara también, ¿qué pasaría?*

C: *Hubiera dejado el trabajo para cuidarla, porque yo soy de esas que piensa que si tu madre te ha cuidado a ti y te ha criado, tú tienes un derecho (obligación). Si no puedo venir yo, me la llevo a mi casa. ¿Es que ella no tiene derecho que venga a cuidarla yo? Eso es un trabajo; lo único es que no está valorado. Las personas que estamos cuidando a las personas mayores no estamos valoradas, porque yo ahora mismo, solicité esta paga que daban que decían en la televisión, de 300 euros, y me lo han denegado, porque mi marido gana 1000 euros, y tenía a mi hijo que estaba estudiando en mi casa....Y yo le dije a la chica, a la asistenta, ¿es que yo no tengo derecho a cobrar algo? ¿qué importa lo que mi marido gane? Es un trabajo que estoy haciendo, aunque sea con mi madre o con mi tía, aunque tampoco me hace falta. Me adapto a lo que tengo y ya está.[...] No, porque nosotros, como también hemos cuidado a mi tía, es que me da mucha lástima, y la quiero mucho, igual que a mi tía, ella vivía arriba y nosotros aquí. Entonces digo yo, “vamos a ver, ¿por estar yo en mi casa más a gusto?”. Porque yo no trabajo; siempre he dicho que me adapto a lo que tengo y con eso me apaño, y entonces no quisimos. Nosotras entre las tres nos apañamos y la cuidamos [...].Yo estoy contenta, pero también estoy atada. Luego pienso, digo, vamos a ver, si estuviera trabajando en otro sitio, estaría igual. Pues entonces, se lo hago a mi madre que es mía, de los míos. Y ya está.” (CF-28)*

C: *Si no es que yo me hiciera cargo, es que es mi marido y tengo que estar con él . Y yo no les voy a decir a mis hijos “irse”, y hacerles ese desprecio para traer a una y tenérselo que pagar. Y aquí me tienes, que el Señor me ayuda, porque esto es así. Me ayuda un montón. Y así vamos. Yo lo cuido, pues, de todo lo que necesita, como mi marido que es. Si llega el día en que yo también necesito, pues alguien tendría que venirse aquí a estar con los dos, claro que sí. A día de hoy me mañeo bien, aunque cuando llega la noche no sé dónde voy a poner ni los brazos ni las piernas. Mi hija viene todas las mañanas. Esta mañana mismo le ha hecho el análisis, porque yo no veo bien. Me tienen que operar de cataratas, que también estoy en lista de espera. En fin, un baño de lágrimas, gimiendo y llorando. Pero qué le vamos a hacer” (CF-29)*

I: *¿Cómo fue el hecho de que usted finalmente se hiciera cargo de los cuidados de su madre?*

C: *Por estar soltera. Bueno, aparte, mi hermana tiene cinco hijos y lo único que trae aquí es algún nieto. Y yo, pues por estar soltera, me ha tocado cuidar de mi madre. Es normal. Mi madre se quedó viuda antes de los 30 años, y yo no tenía ni 3 años. Entonces no había trabajo ni ayudas, solamente fregar y lavar o trabajar en la huerta hasta que se abrieron las fábricas. Y así, gracias a Dios, por lo menos, lo básico, lo tuvimos.[...] El médico también me hizo un test para averiguar si es que yo había hecho algo malo a mi madre para sentirme la responsable de no querer moverme de aquí, y yo le dije que no” (CF-36)*

C: *La casa es mía, pero la hermana que tengo está enferma muchos años ya...pues, para mí, me*

ha tocado. También me coincidió con el despido de la fábrica y demás. Si metes a una persona, menos de 700 euros no pide. Con la pensión que ella tiene, no le da. Todo lo que gana se lo tendría que dar a una señora.” (CF-42)

La satisfacción con el rol de cuidadora puede ser un elemento de ayuda para mejorar y mantener la salud de las personas cuidadoras, aunque también puede ser una respuesta al rol social, y una forma de ocultar el impacto del cuidado informal. Estas consideraciones van en la misma línea de las que señaló Bover (Bover Bover 2004).

Las informantes revelan que normalmente no expresan su pena, preocupación, tensión, malestar o incompreensión ante las circunstancias que viven, ya que las expectativas sobre ellas son de apoyo familiar. Estas características están muy relacionadas con el fuerte sentido de la religión católica que tienen la mayor parte de las cuidadoras familiares entrevistadas, aspecto que marcó con gran intensidad la educación de las mujeres de esta generación. Así, el cuidado se convierte en un espacio simbólico que constituye el máximo exponente del sacrificio y la entrega femenina, aspecto que abordamos a continuación.

5.2.4 Percepción de sacrificio asociado al cuidado

La familia cubre aquellos aspectos no visibles como es el afecto; si bien los recursos económicos están cubiertos por las diversas prestaciones sociales, bienes propios o por el sistema de transferencias intergeneracionales, sin embargo el envejecimiento genera una serie de demandas y afectos que requieren mucha dedicación y entrega, y la familia los acepta, tal y como hemos comprobado en la etnografía, como una responsabilidad moral. Son situaciones de enfermedad, dependencia o minusvalías, asumidas como un asunto de familia, con todas las consecuencias de desgaste y desestabilización de la vida familiar

Según Durán, el cuidado informal se constituye sobre la base de las relaciones afectivas y de parentesco entre los miembros de una red social primaria (Durán 1988). Este hecho viene a justificar la percepción de sacrificio que se desprende del desempeño del rol de cuidador familiar principal, mezclado con connotaciones de índole religiosa, como podemos comprobar a continuación.

C: “Como nosotras de sacrificadas, yo creo que no va a haber nadie .Pero es que sin sacrificio no viene nada” (CF-28)

I: “¿Se siente recompensada con dedicar su vida a cuidar a su marido?”

C: Yo sí, porque yo, mira, me levanto en la mañana temprano y digo, “Señor, ilumíname”. Porque tú sólo eres, y me tienes que dar la fuerza. Pero el Señor a mí me ayuda mucho, un montón. Y yo, a veces se me va el traque, y le chillo, pero no para pelearme, sino que es por su bien, para que no se caiga o esto o lo otro. Pero yo me siento muy feliz con estar así. Yo le pido

al Señor todos los días que el sol sale, que me de fuerzas” (CF-29)

C: “Como sé lo que pasó mi madre para criarnos a nosotras, lo hago a gusto por eso. Ella ya no tiene ganas de vivir. No tiene ganas de hablar. Le dio un infarto cerebral que le ha repetido 2 ó 3 veces y no saben los médicos ya con 91 años como sigue....cuando se pone nerviosa vomita. [...] Pero ahora no caben los viejos en ninguna casa. Antes teníamos una casa pequeña y cabía todo el mundo dentro. Ahora todo es grande y no hay sitio para los abuelos. No me digas que no se sacrifican...si antes se sacrificaban, ahora más, porque ahora trabajan más los hijos y las hijas, y los abuelos son prácticamente los cuidadores. Si lo hacen bien, no lo reconocen, pero como les pase algo a los niños...”(CF-37)

I: “¿Cómo lleva esto? ¿Cuánto tiempo está así?

C: Está así 7 u 8 años así de mal..Mientras yo pueda asistirlo a él, no quiero; mientras pueda darle de comer y lavarlo y eso, y ponerle la ropa limpia y todo , no quiero irme; lo hago yo. Mientras que pueda. Cuando no pueda, que lo lleven donde tengan que llevarlo. Como nosotras de sacrificadas, yo creo que no va a haber nadie, porque todas las vecinas de aquí, tienen ecuatorianas y están trabajando. Pero es que, yo comprendo que el trabajo, si te lo tienes que dejar, déjate, que es tu madre....te puedes adaptar a vivir con lo que tengas. Lo que pasa es que llevamos un estrés de vida, un ritmo de llevar coches muy grandes, de llevar muchos lujos... déjate los lujos, que esto también es importante, el cuidar a tu madre, que te ha criado a ti también. Yo soy madre, y sé lo que estoy pasando, porque mi hija tiene 23 años y tiene un hijo; me lo deja por las mañanas, y yo estoy con mi madre y con él, y me sacrifico, y me cuesta trabajo, sabes, porque es pequeño, tiene 11 meses. Pero es que sin sacrificio no viene nada. Y ahora, la gente joven no tiene gana de sacrificarse” (CF-28)

Una de las características que Durán identificaba en el cuidado informal era el déficit de reconocimiento social (Durán 1988). A pesar de haber un escaso reconocimiento de la actividad del cuidado informal, las cuidadoras principales familiares refieren una gran satisfacción en el desempeño de este tipo de tareas.

C: “Sí, y es muy gratificante. Yo no lo hago para que me lo pague nadie, lo hago porque me gusta, porque soy así, y cuando me iba, me dijeron que no me fuera, que mi cuñado quería darme una cosa [...] La mía ha dado la vuelta, como la vuelta al mundo. Me siento realizada haciendo eso. Yo me creía que yo no aprovechaba y he visto que sí. Ojala hubiera empezado antes, aunque ahora veo que es tarde porque yo soy muy mayor” (CF-1)

C: Sí, aparte yo estoy alegre. Yo estoy contenta, pero también estoy atada. Luego pienso, digo, vamos a ver, si estuviera trabajando en otro sitio, estaría igual. Pues entonces, se lo hago a mi madre que es mía, de los míos. Y ya está” (CF-28)

C: *Para mí sí; en su tiempo nos cuidó ella a nosotros*" (CF-30)

C: *Hombre, yo creo que sí. Claro que me siento recompensada porque lo estoy cuidando y le estoy haciendo lo que te tenga que hacer, todo. Mira, él no va a la farmacia. Yo voy al médico, le saco las recetas, voy a la farmacia, en fin, lo hago todo. A veces me traen los medicamentos aquí desde la farmacia. Pues sí, sí, sí, para mí sí es gratificante. Además, se me ha quedado una satisfacción muy grande de cómo yo he estado con mi padre. Estoy orgullosa de verdad de haberme dedicado a mi padre, estoy orgullosa de eso. Igual con mi madre, exactamente igual (llora)*" (CF-33)

C: *Hombre, yo en mi interior, sí, porque he sido la que ha ido siempre de la mano de ella y ya te digo, con 3 años yo ya estaba sin padre [...]. Y ahora todo el mundo me pregunta por mi madre; claro, si siempre ha ido haciendo el bien por todos sitios. Y yo, pues gracias a Dios, me siento bien.*" (CF-36)

C: *Sí...son cosas que hay que hacer. Lo fácil es meter la cabeza debajo del ala..*" (CF-39)

C: *Yo sí. Yo, para mí, esto es...lo único es que le pido al Señor que me de fuerzas*" (CF-41)

C: *Pues y qué voy a hacer...no me queda otro remedio. Aparte, pues que yo ya no la llevo a una residencia*" (CF-42)

C: *"Es una satisfacción muy grande. Y todavía tenemos el cariño como de jóvenes, pero ya en otro plano distinto. De joven es más en plan de sexualidad, pero ahora, digamos que los años, el roce y los 53 años que llevamos juntos. Y ya, sí que es más bien, la pena por la situación que vamos, por la edad, quedando, quedando, y tenemos que llegar al final. Pero bueno, eso es ley de vida*" (CF-44)

C: *Claro, claro...llevamos toda la vida juntas*" (CF-45)

C: *"Pues no sé quién me lo va a reconocer; como no sea mi marido, los demás no me lo reconocen. Pero es la madre de mi marido y yo me siento mal de que esté abandonada".* (CF-48)

No sólo las cuidadoras familiares reciben escaso reconocimiento en el desempeño de esta actividad, sino que las cuidadoras inmigrantes también tienen el mismo tipo de vivencias al respecto que las cuidadoras familiares.

C: *"Era muy difícil para mi. Había momentos en los que quería salir volando de ahí. Porque él no se quería morir y estaba muy fastidiado y se ponía de muy mal humor. Me hablaba muy mal y no lo aguantaba. Cuando estaba más calmado me daba pena porque yo le apreciaba. Había días que la pasábamos muy bien, le hacía reír a veces, le hacía bromas...cosas para que él se pueda sentir mejor*" (CI-20)

C: *"Y así, como se dice, aguanté, y me encariñé con ellos, a pesar de que me pagaban poco..."*

I: *¿Te sentías recompensada al cuidar a la persona mayor? ¿Era gratificante?*

C: Pues sí, ya te digo, sí me agradecía mucho” (CI-21)

Según Adroher Biosca, es bueno socialmente que las familias sigan teniendo un papel importante en la atención a sus mayores. Es un factor de clara cohesión social, de solidaridad intergeneracional, de compartir valores y vivencias (Adroher Biosca 2000).

Sin embargo, por otro lado, en diferentes estudios sobre los cuidadores, el apoyo familiar ha sido valorado de una manera limitada. De forma más precisa, pocos estudios han tenido en cuenta la opinión de los cuidadores secundarios, limitando así la comprensión del proceso de intercambio de apoyo en la familia (Globerman 1994). De hecho, el fenómeno de intercambio de apoyo entre los cuidadores principales y secundarios de personas ancianas con deficiencias, hasta donde conocemos, nunca se ha explorado desde su representación como proceso social.

Cuando se plantea el cuidado informal por parte de un miembro de la familia recurrimos al concepto de reciprocidad como mecanismo explicativo (representaciones), de las prácticas de atención y cuidado hacia el familiar dependiente. Sin embargo, esta misma reciprocidad se ve seriamente amenazada desde el punto de vista del cuidador como receptor simultáneo de la misma, ya que, la reciprocidad es bidireccional.

La capacidad de los miembros de la familia para dar y recibir apoyo tiene consecuencias también sobre la salud de los cuidadores. Algunos aspectos de los intercambios de apoyo tal como la reciprocidad, los costes y los beneficios de la relación han sido estudiados utilizando la Teoría de los intercambios sociales propuesta por Altman y Taylor, (1973) y la Teoría de la equidad, desarrollada por Walster y Berscheid (1978) (Globerman 1994).

Estas teorías, sin embargo, no han sido utilizadas nada más que para verificar la relación entre ciertas dimensiones del apoyo. Pero, cuando el cuidador secundario es un cuidador informal no familiar, siendo no sólo un miembro ajeno al grupo doméstico e inmigrante, sino que presenta una serie de prácticas, creencias y valores marcados por una cultura totalmente diferente ligada a su país de origen (diferente al nuestro), cabe estudiar cómo es ese proceso que se establece entre ambos, y definir si existe tal apoyo y en qué términos se construye el diálogo cultural sobre la base de un cuidado transcultural.

Los estudios realizados acerca del intercambio de apoyo se circunscriben a la sociedad norteamericana, cabiendo preguntarse si estas teorías son culturalmente sensibles para permitir explicar ese mismo proceso de apoyo entre cuidadores en el ámbito de nuestro país.

Las vías de apoyo familiar más importantes se centran en el desarrollo de servicios y programas de respiro, medidas de apoyo fiscal para reducir el sobrecoste económico que puede suponer un mayor dependiente en una familia, medidas de garantía de derechos laborales de los cuidadores para que la atención no suponga un perjuicio en el empleo o en la futura pensión, y asesoramiento e información técnica. Se espera mucho del Estado, pero todo continúa resolviéndose en el seno familiar, principalmente con medidas particulares.

5.2.5 Apoyo entre cuidadores

Se identifica la existencia de una red de apoyo cuando abordamos el cuidado informal familiar. Aunque se aprecia claramente la figura del cuidador principal, encontramos una red de soporte en el ámbito familiar, aunque en la mayoría de los casos la existencia de dicha red no asegura la provisión de soporte.

Una buena parte de los cuidadores ejercen la asistencia sin ayuda, coincidiendo con los hallazgos de Crespo y López; desempeñan un rango de tareas que abarcan prácticamente todas las actividades relacionadas con el cuidado. Cuando reciben colaboración, ésta proviene fundamentalmente de familiares, y se centra no tanto en los cuidados básicos, sino en aquellos que tienen un carácter más esporádico (actividades sociales, tareas del hogar...etc.). Sin embargo, y a pesar de que los propios cuidadores consideran que no reciben mucho apoyo, en general se muestran satisfechos con éste (Crespo, López 2007).

Tal y como veremos más tarde, este apoyo familiar, prácticamente resulta inexistente cuando existe un cuidador inmigrante que asume el rol de cuidador principal, coincidiendo en este sentido con los planteamientos de Galiana (Galiana-Gómez de Cádiz, De la Cuesta Benjumea, C. & Donet-Montagut 2008). A continuación, abordamos el proceso de intercambio de apoyo entre cuidadores en nuestra etnografía.

C: "Por ejemplo, ahora mismo, mi hermana, la que está ahí, se encarga de sacarle los medicamentos. Mi cuñada se encarga de ir a sacar el dinero del banco...nos vamos ayudando los unos a los otros, quiero decirte que nos hemos organizado el trabajo. No quiero decirte que yo me lo cargo todo. Mi hermana viene todos los días para acá. Yo tengo que salir y siempre hay alguien aquí". (CF-30)

C: Yo estuve con mi padre los 4 años, fue estar permanentemente con él, sin poder dejarlo. Yo lo tenía que estar cuidando, no lo podía dejar un momento. Si salía, o bien se tenía que quedar mi nuera o mi marido con él, porque yo no podía salir a ningún sitio, y fue cuando ya tuve que pedir ayuda.

I: ¿Cómo os organizabais?

C: Dos de nosotros durante 1 semana, y otra semana otras 2. Y tuvimos que meter a 2 mujeres además, porque una había cogido la media jornada, se iba a trabajar por la tarde (mi cuñada). Y mi hermana también se iba a trabajar por la tarde. Entonces yo me quedaba por la mañana, y mi cuñada también, pero claro, ella tenía que hacer las cosas de su casa también, y entonces, a las 10 o 10 y algo, entonces se quedaba una mujer y ella (mi cuñada) se iba a su casa. Entre la otra y yo, le dábamos de comer, lo arreglábamos, si había que cambiarle el pañal, le teníamos que ayudar a la mujer porque la mujer sola no lo hacía...cualquier cosa de algo que pasaba, ya teníamos que estar también ahí nosotras, y casi siempre estaba yo, pero nada...

La que organizaba un poco el asunto eras tú, ¿no?

C: Sí, la que organizaba era yo, y cuando los necesitaba me ayudaban.

I: ¿Tus hermanos hacían turnos?

C: Mis hermanos no se han quedado ni una vez ni siquiera. Lo hacían mis cuñadas. Mi marido y mi cuñado si se han quedado haciendo turno con nosotras, pero ellos, no; te lo digo porque es así.

I: ¿Y cuando tú te ponías enferma, qué pasaba?

C: Pues ahí estaba, aguantando el tirón. A mí no me decía ninguno: vete a tu casa..”(CF-33).

En estos casos podemos observar la dinámica de intercambio de apoyo entre cuidadores. A pesar de existir reparto de tareas y funciones, sigue existiendo la figura de un cuidador principal que en la mayoría de casos presenta sobrecarga en el desempeño de su rol y déficit de mecanismos para aliviar dicha sobrecarga. En el resto de casos, no se llega a establecer proceso de intercambio de apoyo entre cuidadores:

C:” Pues reparto no hay mucho, porque lo hago yo casi todo. Le preparo la merienda, porque tiene azúcar. Y le hago su hervido por las tardes. Y me encargo de darle de comer. Cada vez que le hago la prueba tiene bien el azúcar, pero es por eso. La saco de paseo a andar, porque tenemos un patio muy grande, y la llevo agarrada, porque no he querido silla de ruedas, no, no, no, no, ella tiene que estar activa; la saco, la paseo, todo. Va bien aseada porque todos los días la bañamos, la peino, le corto el pelo y se lo tinto...mejor no se puede. Hay que hacer de todo.” (CF-28)

C: Ahora mismo en verano lo tengo que bañar todos los días o un día sí y otro no, y cuando viene la mujer, aprovecho, y si está por aquí, pues ya no estoy yo sola para bañarlo y no tengo que salir a buscar a nadie a la puerta”

I: ¿No hay nadie que la releve un ratito, aunque sea una hora?

C: No, no" (CF-29)

C: *Porque si yo tuviera aquí a alguien más, pues lo habríamos compartido. Cuando mi padre estuvo mal, éramos 7 hijos. Pero mira lo que me ha quedado para mí sola.*" (CF-34)

C: *"Viene la auxiliar de ayuda a domicilio de la Cruz Roja tres veces en la semana, para la higiene. Y el resto me encargo yo"* (CF-40)

C: *Pues vienen los hijos los sábados, excepto algún sábado que les ha coincidido con cursos o que trabajaban, pues se van turnando, y vienen los sábados a ayudarme a bañarlo en el cuarto de baño, no en la cama, y así, le lavamos la cabeza. Esa es la ayuda que tengo, otra no"* (CF-41)

C: *Mi hermano es el que me ayuda aquí a ella, pero yo soy la que hace la comida, la que lava, la que, bueno está cuando mi hermano..., bueno es que mi hermano está bien y no está bien [...]; si tuviera que estar las 24 horas pegada a ella, no podría. Claro. Y menos mal que la auxiliar me ayuda. Ayuda necesitaría más, porque yo tengo lo del trabajo de aquí del almacén, y aparte, pues también tengo que hacer todo lo de las comidas de ella, de las ropas, la ropa de él, mis hijos...en fin, que te quiero decir que necesitaría para ayudar a lo que más necesita ella, la limpieza más urgente, que tenga sus ropas limpias, pero a ver si se arregla con el tiempo. Por eso te digo, que estas personas necesitarían más ayuda, no digo por parte de la Cruz Roja ya, sino de la Seguridad Social o de alguien que estuviera en los servicios sociales"* (CF-43)

C: *No tengo a nadie. El otro día lo cogí y me hice daño yo, y otro día me dí con la cabeza ahí. Es que yo no tengo fuerza para cogerlo y ponerlo como está. No puedo. Tengo mucho daño aquí...El médico me dice que me vaya y le explique, pero ¿Cómo lo hago? ¿Cómo lo dejo solo? ¿A quién podría yo decirle que se quedara...? No tengo a nadie. Mi nuera trabaja y mi hijo también. Tiene que acudir a su casa y a sus hijos, y entonces, pues no pueden venir. .La preocupación mía es ésta, que no lo puedo dejar solo para moverme. Tengo una hermana aquí, que tiene hijos y eso, pero cada uno tiene sus cosas, yo no puedo decirles nada. Y mi hermana me llama, y me dice que me vaya con ella a dar un paseo. Y yo le digo: ¿pero es que tú no comprendes que yo no lo puedo dejar solo? Bueno, bueno...(CF-47)*

Coincidiendo con Kleinman, la autoatención familiar es el recurso inicial más usado en el proceso de búsqueda de salud, especialmente en el cuidado de ancianos (Kleinman 1980). Aunque la mayoría de las veces no se identifican cuidadores secundarios que desempeñen labores de apoyo al cuidado informal, sí que se constata cierta colaboración de otros miembros de la red familiar en situaciones puntuales o de gravedad.

Mientras que para la dinámica diaria de la autoatención en el grupo doméstico no siempre identificamos esa red de soporte familiar, sí que se manifiesta en situaciones concretas, donde las prácticas de salud a nivel informal demuestran sus beneficios en cuanto a cohesión social de la red primaria. Sólo en este aspecto, referido a la colaboración o implicación de otros miembros de la red familiar de manera esporádica, en situaciones

de especial gravedad o empeoramiento, coincidimos con los postulados de Turner respecto a los beneficios de las prácticas de salud frente a la cohesión social (Turner 1995).

En referencia a la etnografía donde se aborda la categoría de la autoatención familiar (véase ANEXO V), Según Graham, existen al menos cinco actividades básicas circunscritas al ámbito de la autoatención, realizadas por mujeres en el ámbito doméstico, tales como (Graham 1984):

- a) Crear y mantener las condiciones de vida favorables a la salud. Incluye todas las actividades domésticas de limpieza, calidez, seguridad y nutrición alimenticia
- b) Asistir y cuidar durante las enfermedades
- c) Educar para la salud (sea intencional o no)
- d) Servir de mediador con los profesionales de la salud
- e) Afrontar las demandas urgentes.

En nuestra etnografía se pueden comprobar todas ellas, tanto en el caso del cuidador familiar como del cuidador inmigrante, de manera que éste último contribuye igualmente a la eficacia de los sistemas de autoatención como si fuese un recurso familiar.

Respecto a esta categoría de estudio, resaltamos también la característica de la convivencia o coresidencia entre el cuidador y la persona dependiente, aspecto dinamizador de estas prácticas.

La convivencia del cuidador con la persona dependiente resulta indispensable para interpretar la disponibilidad del cuidado informal como recurso básico o como asistencia-apoyo (Twigg 1990). Lo corroboramos en nuestra etnografía, coincidiendo además con otros estudios. Así, a la hora de prestar cuidados, la mayoría de los cuidadores principales conviven en el mismo domicilio del mayor al que atienden (IMSERSO 2005). Esto mismo ocurre en otros países como Canadá, Estados Unidos y Reino Unido, en los que más de la mitad de los cuidadores residen en el domicilio del mayor (Clyburn et al. 2000);(O'Connor et al. 1991);(Toseland et al. 1992).

La privacidad del sistema informal también supone la existencia de límites y barreras para la intervención, como el planteamiento sobre la legitimidad de la incursión de las instituciones sociales en las relaciones interpersonales de una familia. Aunque son miembros de la familia los que ejercen la función de cuidar, suele ser una sola persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad y por tanto, soporta la mayor sobrecarga física y emocional del cuidado del paciente. Este potencial de cuidados se irá perdiendo en los próximos años, siendo un fenómeno imparable, produciéndose una progresiva

pérdida de esta capacidad de autocuidado y de apoyo dentro de la familia, como ha ocurrido en otros países europeos. Dicho aspecto nos permite constatar la profunda crisis en que está entrando este sistema de apoyo informal en el que está basada la atención de los mayores dependientes.

Los hogares en los que no hay mujeres disponibles para el cuidado son más pobres en recursos no monetarios, y esta pobreza de recursos afecta a todas las prestaciones de servicios, aspecto que genera grandes desigualdades en cuanto a disponibilidad de cuidados informales. De forma individual, dentro de cada hogar las mujeres reciben menos cuidados que los hombres, porque son ellas mismas las que carecen de entrenamiento, las actitudes y el tiempo necesario de ejecutarlo, alcanzándose la máxima disparidad entre hombres y mujeres de edad avanzada

Según Durán, *“los hombres reciben una cobertura social mejor que las mujeres en el periodo poslaboral y sobre todo disponen de mejor cobertura de sus necesidades en el ámbito familiar”* (Durán 2004:189). Las mujeres, debido a su mayor longevidad, menor edad que sus esposos y mayor trayectoria de exclusión del mercado laboral, sufren en la actualidad mayores carencias monetarias, de salud y de cuidados inmediatos en los últimos años de su vida.

5.2.6 Fuerza de trabajo

En todos los casos encontrados durante el trabajo de campo, ser cuidador informal es la ocupación principal, sea familiar o inmigrante, de manera que suele convertirse en la única actividad que, en su caso, sea retribuable como actividad laboral. Hemos podido observar que la mayoría de cuidadores familiares no percibe ningún tipo de ayuda por esta actividad a la que dedican la mayor parte de su tiempo diariamente, de forma que dependen económicamente de otro miembro de la familia, quien suele ser con frecuencia la persona a la que cuidan. Los problemas económicos suelen acompañar a esta situación, comentada anteriormente, ya que ser cuidador informal familiar no constituye por sí misma una actividad que forme parte de la fuerza de trabajo del grupo doméstico. Una vez desarrolladas e implementadas las iniciativas legisladas por la Ley de Dependencia, esta actividad está siendo recompensada con ayudas económicas que en ningún caso igualan ni se asemejan al salario mínimo interprofesional fijado en 641,40 euros en 2011 (B.O.E. 2010), que cualquier actividad laboral establece como retribución. Este aspecto favorece y perpetúa la invisibilidad de los cuidados informales familiares en el entorno doméstico, siendo un sistema que se retroalimenta a sí mismo, tratando de reproducir las mismas dinámicas familiares de hace varias décadas aún cuando la panorámica social y familiar es completamente diferente en la actualidad.

C: "Tener unas ayudas, porque claro, debería ser la familia, pero si no se arreglan en la familia porque todos trabajan, hay que pedir ayuda a los sanitarios, no sé. Eso es un trabajo; lo único es que no está valorado. Las personas que estamos cuidando a las personas mayores no estamos valoradas, porque yo ahora mismo, solicité esta paga que daban que decían en la televisión, de 300 euros, y me lo han denegado, porque mi marido gana 1000 euros, y tenía en mi hijo que estaba estudiando en mi casa... Y yo le dije a la chica, a la asistente, ¿es que yo no tengo derecho a cobrar algo? ¿qué importa lo que mi marido gane? Es un trabajo que estoy haciendo, aunque sea con mi madre o con mi tía, aunque tampoco me hace falta. Me adapto a lo que tengo y ya está. .. Yo, económicamente dependo de 500 euros que cobra mi marido al mes". (CF-1)

C: "De todas formas, me he encontrado gente que decía que a pesar de haber tenido un contrato estable, pensaban que era el momento de dejárselo para cuidar a su madre o a su padre. Y sin embargo, pues otra gente no podía permitirse dejar el trabajo. [...] Yo tengo ya mis dos hijos trabajando, pero ¿tú te imaginas que tengas dos o tres hijos y los tengas estudiando? No te puedes dejar tampoco el trabajo... Porque yo, gracias a Dios, me casé con mi piso pagado, pero te quiero decir que hoy día, dos jornales hacen falta, claro que hacen falta. Si es que es así. Yo ya te digo, yo ahora mismo estoy sin trabajar, pero si yo tuviera que trabajar, no sé... mi madre está aún bien todavía; hay que ayudarla, llevarla al baño, ayudarla a ducharse y todo, pero que todavía ella no está encamada ni nada de eso... me da miedo porque ya es mayor, y me da miedo que se caiga y se rompa la cadera o algo. Así que tenemos que cogerla y llevarla en un momentito y ayudarla. Pero que tampoco podría estar ella sola 8 horas si yo me fuera a trabajar. No" (CF-30)

I: "¿Cuál es su ocupación principal?"

C: Cuidar de mi marido

I: ¿A qué se dedica/dedicaba?

C: Sólo ama de casa

I: ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo de cuidador principal?

C: 5 años" (CF-31)

I: "¿Ha pensado usted contratar en el futuro a una cuidadora para que esté aquí todo el día?"

C: No. Yo no tengo dinero para eso. No tengo. Lo que cobramos...y aún siendo dos pagas, no nos da, no me llega. Y mis hijos, pues también tienen sus casas, tienen sus obligaciones y tampoco pueden. Si mis hijos tuvieran fincas para vender, pero como no las tenemos, ni tenemos nada, nada más que 24 horas todos los días, pues eso es..." (CF-38)

I: "¿Ha pensado en contratar a una cuidadora inmigrante?"

C: Dos lo hacen mejor que uno...por ejemplo, para moverla, darle la vuelta, porque cada 4 horas o por ahí hay que cambiarla de posición, pues dos lo hacen mejor que uno. Y sin embargo, yo solo, tengo que estar tirándole a la sábana, llevándomela a su sitio, en fin, y más historias de esas, pero lo que ocurre es que yo no tengo dinero para poder pagar un sueldo. Si no, sí, ya lo creo.” (CF-40)

C:”Yo pedí un año de excedencia en el trabajo para poder cuidar a mi padre. Hablé con Pedro Durán, el jefe, y le dije, que yo tenía hasta que darle de comer a mi padre. Me dijo que tal y como estaba mi padre, me daría un año. Me dijo también, que si no pasaba nada, cuando se cumpliera un año, que volviera. Miré a ver si me podían dar una ayuda durante ese año por cuidar a mi padre; él cobraba unas 56.000 pesetas y me dijeron que no me pertenecía nada” (CF-48)

Esta realidad a la que nos enfrentamos en España, ya se inició a finales de la década de los 80 en otros países europeos como Inglaterra. Diversos estudios realizados en ese contexto demostraron la relación existente entre el desempeño del rol de cuidador y la disminución de oportunidades en el mercado laboral. Las consecuencias fueron principalmente un aumento del empobrecimiento al carecer de recursos, llegando a afectar a las pensiones de jubilación al no haber cotizado durante todos los años dedicados al cuidado informal. El principal soporte de cuidados informales con que contaba el gobierno británico seguía siendo el cuidador informal familiar, el cual podía ser ayudado, pero no sustituido como figura principal de apoyo y cuidado. Esta investigación concluyó sugiriendo la necesidad de potenciar el apoyo social a los cuidadores para que pudiesen mantener una jornada laboral (completa, o media jornada al menos) al margen de sus responsabilidades como cuidador informal (Glendinning 1992).

Los cambios familiares están transformando la capacidad de muchas familias para asumir todo el cuidado de una persona mayor, y ello se debe a dos factores fundamentalmente. Por un lado, debido a que cada vez hay un menor número de cuidadores potenciales a los que la persona mayor puede recurrir, tanto por la disminución del número de hijos como por la continua incorporación de la mujer al mercado laboral. Por otro lado, los cuidadores tienen que apoyar económicamente y atender a sus propios hijos durante más tiempo unido a cierta inestabilidad y fragilidad de la institución familiar (relacionada con la elevada tasa de separaciones). Este aspecto dificulta la solidaridad familiar con los padres (Adroher Biosca, S. 2000). En este sentido, la coexistencia intergeneracional se entiende como un obstáculo y no como un apoyo a la atención a la dependencia.

Los cuidadores informales son personas que llevan el peso de la atención a los mayores dependientes y que soportan las consecuencias y efectos de la dedicación que esta atención supone: consecuencias sobre su propia salud (estrés, lesiones dorsales, agotamiento psíquico y mental, insomnio, depresiones..), consecuencias en su propio entorno (con un deterioro creciente de sus propias relaciones con el propio anciano al que prestan cuidados), consecuencias de orden psicosocial (por el creciente aislamiento social

del cuidador que se ve confinado en su domicilio) y todo ello sin mencionar la específica situación de los cuidadores de personas con demencia (Adroher Biosca 2000).

Según Moral Serrano, en un estudio realizado con cuidadores de personas dependientes en su domicilio, aparece un perfil bastante consistente: mujer de mediana edad, familiar de primer grado del paciente, casada, sin estudios superiores. Constituyen un grupo de elevado riesgo susceptible de padecer enfermedades psíquicas, considerados en muchas ocasiones como “*pacientes ocultos*” (Moral Serrano 2003).

A continuación abordamos las necesidades y limitaciones percibidas por los propios cuidadores informales familiares.

5.2.7 Necesidades y limitaciones.

Para poder intervenir respecto a la problemática que presenta el cuidador, es preciso acercarnos a la situación que viven para conocer sus necesidades y limitaciones, que se abordan en los relatos que prosiguen:

C: “Yo soy nerviosa; en mi vida, me ha dado algunas veces ataque de nervios, entonces, cuando yo estoy nerviosa me pongo muy mal, me creo que me estoy muriendo y él lo sabe. Cuando me ve torcida, depresiva, y cuando me ve así, mal...Son los nervios, ansiedad. Me entra por aquí (se señala el pecho) y me ahoga...Mis hijos no me lo quieren decir cuando pasa algo, porque yo sufro, pero yo es que soy así. Cuando veo a alguien sufrir, ay....sufro por todos”(CF-1)

I: “¿Tiene usted en el día a día algún rato para salir a despejarse o hacer alguna actividad?”

C: Si viene mi hija y se quiere quedar, pues sí, pero también me deja al niño por las tardes cuando se va ella a hacer gimnasia. Si no, no. Eso de pasar yo la tarde a gusto en cualquier sitio, no puedo. Ni chispa. Y los fines de semana tampoco. Salgo un poco los sábados, que se queda mi hermana, y entonces me voy yo a pasearme un rato, pero tengo que limpiar mi casa y tengo que hacer mis cosas. Esta mañana mismo he estado limpiando porque ha venido un rato mi otra hermana. Pero estoy yo aquí casi siempre, dónde va a parar. Es verdad que estoy sacrificada. Si he llevado un montón de tiempo con mi tía, pues igual con ella. Lo llevo bien. No estoy triste. Estar con mi madre me compensa” (CF-28)

C: “ Estuve 2 meses sin poder acostarme, sin poder acostarme, sin poder comer...no me dejaba un momento, era una cosa ya...fuera de lo normal [...] Pues yo no estoy bien

I: Yo he dado por supuesto que usted se hacía cargo de todo porque estaba bien

C: No, yo tengo angina de pecho ya 8 años. Me hicieron el cateterismo por 2 veces, para ver de lo que me había venido aquello.

I: *¿No le afecta a su salud estar aquí pendiente siempre todo el día?*

C: *Mira lo que te digo, yo no me puedo ir un ratito a distraerme porque lo llevo siempre aquí, en la cabeza. Y yo me voy a los mandados y estoy deseando venir por si le ha pasado algo, ¿Cómo me voy a ir yo así?*

I: *¿No hay nadie que la releve un ratito, aunque sea una hora?*

C: *No, no". (CF-29)*

C: *¿Para mí? Si quieres que te diga la verdad, no salgo a la calle en todo el día" (CF-30)*

I: *" ¿Cree usted que se pueden padecer problemas de salud o necesidades debido a su ocupación como cuidadora? C: A veces sí; el sueño sobre todo...*

C: *" no suelo ir a ninguna parte. No puedo despegarme de aquí, aunque voy a la gimnasia y al grupo de mujeres de autoayuda y autoestima" (CF-31)*

I: *¿Se dedica usted algún rato para usted?*

C: *Sí, hoy mismo he ido a andar. Sí, yo todos los días voy a andar. De vez en cuando sí hago otras actividades, pero ahora, he empezado a hacer ganchillo y no puedo, porque los dedos no me valen. Tengo las manos muy hinchadas y no, no puedo. Y esta mano la tengo muy floja, porque no tengo fuerza. Esta la tengo mal. He trabajado mucho y la tengo mal". (CF-32)*

I: *¿Te afectaba negativamente cuando hay problemas con los demás cuidadores?*

C: *Pues sí que me afecta, sí. Cuando hablé con mis hermanos fue porque yo no me encontraba bien; a mí, los trastornos me daban más frecuentes, y además también padezco del hígado, y yo me encontraba peor. Entonces fue cuando no tuve más remedio. Yo, si no me hubiera puesto mala, que no hubiera recaído, no creo que le hubiera dicho nada a mis hermanos; me habría buscado 1 ó 2 personas que me ayudaran y yo, a lo mejor, a mis hermanos, ni les habría dicho nada. Pero es que me puse que ya no estaba bien. Claro que me perjudicó. Y siempre los nervios....era un estrés lo que llevaba, era una cosa ya....fuera de lo normal. Ni comer tranquila, ni dormir tranquila; si te quedabas un poco adormecida, te dabas un sobresalto y en seguida corriendo, te levantabas; una sensación de ahogo...eso es para pasarlo, eso no es decirlo. Eso es pasarlo, porque hay personas ancianas, que tienes que cuidarlas, estar sobre ellas y todo y están de otra manera; pero mi padre, esos 4 años...tenía que estar pendiente. Al menos en ese tiempo descansaba, porque le daba su pastilla y se quedaba durmiendo, aunque por el día tenía que estar a cada momento sobre él, porque las piernas las tenía muy fastidiadas, y no me lo podía dejar solo, pero por la noche, por lo menos descansaba después de su pastillita y se tiraba su noche durmiendo. Pero lo peor fue el último año, cuando ya se puso así de esa manera, que ni pastillas ni nada. Yo no se ya lo que le pasó, porque aquello fue el colmo...Por eso digo que todos no serán iguales; que unos estarán más esto que otros.*

I: *¿Tenía visitas o alguna actividad para despejarse?*

C: *Permanentemente con mi padre*" (CF-33)

C: *"Ya te digo, que te faltan horas del día para estar con una persona así.*

I: *¿Crees que estar cuidando a tu marido te afecta a tu su salud?*

C: *Claro, claro hija mía....no estoy ni la mitad de bien. He tenido la suerte de que nunca me han dolido los huesos, pero esa fortaleza que tiene una, que...mover tanto peso, mira como tengo las manos, que, si el hombro, que si no puedo tirar para adelante, que si hay veces que cuando tienes que moverlo mucho cuando tiene ese constipado que tose, y se queda negro como la pez; todo esto te quita media vida. Y para acostarlo yo sola.... ¿tú crees que puedo yo acostarlo sola o darle la vuelta? ¿Y para levantarle los brazos? Porque él, ¿sabes lo que hace? No sé cómo tiene esa fuerza; es que para lavarlo, no puedo, no puedo lavarlo por debajo. Lo lavo 3 veces al día. Tengo que lavarlo, secarlo y luego echarle pomada. Pero él hace así... (Hace una postura de resbalar hacia abajo en la cama) y no puedo, no puedo. ¡Madre mía! Sí pasa factura, sí.*

I: *" ¿No tienes ningún ratito para ti?*

C: *No; esa misma palabra me la dijo su doctora. Digo: ¿Qué? ¡Mira, un café! Si voy a comprar, vengo corriendo. Sólo voy a comprar y al centro de salud, a esas dos cosas. No voy a otro sitio. Yo no; dice, pues eso ahora aún no, pero cuando se pasen unos años, ya verás lo que te va a pasar...Le dije: ¿usted cree que yo me voy a ir a tomar café y me voy a dejar lo que me dejo en casa? Eso yo es que no lo hago. Si le pasa algo... ¿qué? Esto es muy duro, y yo lo tengo más duro todavía porque estoy sola; ¡porque estoy sola! Y eso es lo peor. Porque si yo tuviera aquí a alguien más, pues lo habríamos compartido". (CF-34)*

C: *"Yo no tengo vida... [...] Depende de las circunstancias, porque hay ratos de todo, pero te ves, aunque estés rodeado de mucha gente, te ves más sola que la una, te ves muy sola. A mí no me gusta pedir favores ni a mi hermana; y es mi hermana y nos llevamos bien, pero ella no se da cuenta. [...] Yo pensé que podría vivir bien algún año pero me estoy quedando atrofiada de los huesos. Yo me llevo la palangana; tú (auxiliar de ayuda a domicilio), la ropa de abajo. No puedo doblarme. Tengo como un callo de estar siempre así. He cogido de 12 a 15 kilos desde que estoy aquí cuidándola a ella, comiendo 100 veces menos de lo que comía antes. [...] Estoy mal del corazón, y mi hermana tampoco puede hacer fuerza. Sabe ella que tenía que haber ido en enero a hacerme una ecocardio y no he ido, por estar cuidándola.*

I: *¿Y algo depresiva quizá..., por estar aquí sin salir a ningún sitio?*

C: *Sí, sí. Pero eso me lo paso yo sola. Me meto ahí en mi habitación y si tengo que llorar, lloro, y santas pascuas. Pero yo no quiero dar preocupaciones, más bien al revés, le levanto el ánimo a la gente que pueda ver. Se lo digo a Rosalía, no seas tonta y no te agobies, que la vida son dos*

días. Las viejas siempre nos lo dicen pero hasta que no llega tu turno no te lo crees. Hay que vivir el día a día" (CF-35)

I: "¿Qué edad tiene usted?"

C: 82 años, y voy en 83.

I: ¿Está usted enferma también?

C: Yo, del corazón. Y nunca he estado yo así de nerviosa. Y del corazón estoy regular, que de noche no descanso nada. No me quedo quieta y no descanso de noche nada. Me da una cosa que me ahogo...

I: ¿Hay alguien que se pueda quedar en casa mientras usted sale a comprar o al médico?

C: Mis nietos. Bueno, le doy un papel escrito y el niño va y todo lo que va escrito me lo compra, allí se lo echan y en el carro me lo traen; porque yo, si voy a la verdulería, me voy corriendo, porque para tirar del carro, me da una cosa que no puedo andar. No puedo. Me ahogo" (CF-38)

C: Por las tardes. A las cuatro o por ahí, que termino, como yo, porque claro, comen ellos a las 2; yo estoy dándole de comer a ella. Ya después como yo. Entonces, ya, a las 4 ó las 4 y media termino, y entonces me voy al campo. A mi recreo. Estoy un rato y luego me vengo para acá y a funcionar otra vez. Depresión me ha dado. Eso sí tengo. Lo que pasa es que tiro para adelante" (CF-39)

C: "¿Qué va! Con que salgo a hacer la compra y tengo que dejar aquí a mi hermana o a alguien. Yo tengo poco tiempo. Mis hijos ya están casados y no viven aquí ya. Ellos están en su casa y no pueden venir. No tengo quién se quede con ella. [...] Y qué voy a hacer, si no tengo más remedio. Muy nerviosa si estoy, y también con depresión" (CF-40)

C: "Salgo a por el pan, y voy al médico. No hay más salidas. Y estoy mirando el reloj porque me tengo que ir a sacarle sus medicinas, que no le pueden faltar. Que si volantes para la ambulancia, porque cada vez que tenemos que ir a algo a Murcia, pues lo lleva la ambulancia, tengo que tener los volantes, o sea, que tengo que salir a muchas cosas, a por el pan, y claro, la puerta cerrada. La botella de hacer pipí se la dejo ahí, pero la cuña él no se la puede poner.

I: ¿Qué piensa usted que necesita?

C: Un poco más de ayuda. Porque si yo me tengo que ir, que estuviera alguien aquí, para que yo pudiera hacer las cosas con más tranquilidad." (CF-41)

C: "Si yo no tengo más ayuda es porque no lo puedo pagar. [...] Como poder, no puedo [...] Tengo una insuficiencia cardíaca y la tensión alta, pues hace unos años, a raíz de esto de mi madre y de mi hermano, me dio un ataque de tensión." (CF-43)

I: "¿Piensa usted que necesitaría a alguien interno para cuidarlos a los dos?"

C: Para tenerle que pagar y todas esas cosas, no. No porque no nos da. No sabes lo que se

necesita...

I: ¿Piensa usted que le afecta a su propia salud el estar dedicada a cuidarla?

C: Mira, esta mañana mismo, porque mire, es que también esta mañana para vestirla tengo que sentarla, pero ya la última prenda tiene que ser sentada en la silleta para ponerle la chaquetilla esa, y con ella ahí parada, ha dado un balanceo que me he asustado mucho y me he tenido que tomar un orfidal, porque he visto que se me caía al suelo. Y como te decía, me pasa factura, porque cualquier movimiento de ella, me causa en seguida ansiedad. Yo, cualquier cosa que la vea apenada o algo, me influye en seguida, me afecta pero mucho. La impresión de cuando estuvo tan grave y tan grave, que no daban esperanza y todas esas cosas, me cogió la tensión y se me subía.

I: ¿Qué ayuda pediría usted?

C: Pues yo, lo ideal serían para mi ayuda las hijas, pero están trabajando. Tendremos que cubrirlo con una mujer y que la paguen ellas

I: ¿Tiene usted algún ratito para despejarse?

C: Excepto cuando combino con alguna hija, o hijo, bueno, no el hijo no, que está en Alicante. Pero con las hijas hay más cercanía, y le digo: quédate que voy al ambulatorio a por recetas al médico; pero sólo para cosas necesarias, y un momento nada más. Para expansionarme y eso no, no, no. A lo mejor, el domingo en la tarde viene la familia de ella y ellos son los que ayudan a sacar la silleta y vamos dando un paseíco con ella en la silleta, pero yo no salgo para nada” (CF-44)

C:” La cuido lo que puedo, porque es que yo tampoco puedo hacer las cosas...tengo que meter a una mujer para que venga a hacer las cosas, porque yo, como tengo un ojo con mucha tensión, a pesar de no ver bien, algunas veces lo tengo a 43 y a 47 de tensión, y tengo que llamar a una mujer para que me ayude con la comida y las cosas más precisas de la casa

I: ¿Necesita una persona que esté aquí todo el día?

C: Algunas veces cuando me voy sí; mi marido está enfermo, es transplantado de hígado, y le han dado dos trombosis al cerebro. Hay veces que le ha pasado alguna vez que se ha ido y no ha sabido volver. Un día nos fuimos a la calle y cuando vinimos se había caído en la cocina; estaba sola. Desde ahí donde está, se vino y se sentó en el suelo y ahí estuvo dos horas sentada en el suelo. Si hubiera habido una persona con ella, no se habría tirado en el suelo tanto tiempo.

I: ¿Cree usted que le afecta a su salud el estar dedicada completamente al cuidado de su marido?

C: *Me lo he tomado yo así con un poco de calma, porque llevamos muchas enfermedades. Mi marido transplantado, y luego tuvimos que estar por dos veces en las operaciones. Menudas vacaciones hemos tenido siempre. Pues bueno, no he tenido vacaciones de irme a la playa o de irme a otro sitio, que nunca me he ido, pero el estar en el hospital con él han sido las mejores vacaciones de mi vida porque lo han transplantado y hemos tenido la suerte de volver otra vez aquí a mi casa. A lo mejor esas han sido las mejores que yo he tenido, a pesar de ser por una enfermedad. No sé, yo lo pensaba así.*

I: *¿Tiene algún ratito libre para usted?*

C: *Cuando salgo a los médicos; y por las noches me voy un ratico, cuando está mi marido aquí y está ella, y mi hijo. Tengo una cuñada que se le ha muerto su marido, y me voy un ratico con ella. (Llora). Me voy y a lo mejor me estoy una hora, hasta que viene una chica que viene a dormir con ella". (CF-45)*

I: *¿Hay alguna cosa más que me quiera usted decir?*

C: *Pues eso, que viniera alguien durante la semana, porque yo no lo puedo pagar". (CF-46)*

C: *"Pues llevo estrés, llevo más carga y más estrés. Los nervios los tengo así....sí tengo nervios; tuve una depresión nerviosa en el estómago. Y dormir, pues durmiendo cuatro o cinco horas ya estoy lista" (CF-48)*

El cuidador se siente solo, sin apoyo. Oscila entre la irritabilidad y la culpa.

Se debe prestar especial atención al cuidador, en la inmensa mayoría de casos mujeres, en los que la edad media, en un tercio de los casos es superior a los 65 años (De la Serna de Pedro 2003); en nuestro estudio también ocurre.

Según Neufeld, muchos cuidadores informales llevan a cabo su "obligación" de proveer cuidados sin reciprocidad alguna, teniendo consecuencias negativas sobre su estado de salud (Neufeld, Harrison 1995).

A menudo se encuentran cansados, deprimidos o sometidos de forma permanente al estrés emocional, perdidos y desorientados. Experimentan sentimientos contradictorios de los que se avergüenzan porque cree que son los únicos que los sufren. Sus emociones van desde la preocupación al rechazo, resentimiento y frustración. En el cuidado de la persona mayor dependiente no existen sentimientos correctos o incorrectos, debiendo tener mecanismos para averiguar de dónde vienen esas emociones y por qué son así. Generalmente les alivia compartir sus inquietudes y temores con otras personas que se encuentran en la misma situación, sirviéndoles de gran ayuda la participación en grupos de apoyo o autoayuda, con problemas similares a los suyos. El sentimiento de culpa se refleja a veces en el análisis de lo que se hizo o dejó de hacer en el pasado, el grado de paciencia, si siente vergüenza por el comportamiento del anciano, en el reproche de no haber hecho lo suficiente. En los casos de demencia, la sensación de soledad y desaliento

del cuidador es enorme en tanto que no se reconoce al familiar, y aún mayor si se trata del cónyuge, con quien se ha compartido toda la vida.

Los datos sobre el estado de los cuidadores del estudio realizado por Crespo y López, muestran que éstos se encuentran emocionalmente afectados, mostrando importantes niveles de depresión, ansiedad y otros trastornos psicopatológicos (diagnosticados en la mayor parte de los casos después de ser cuidador), lo que coincide con nuestros resultados (Crespo, López 2007).

Coincidimos también con Bover en que los cuidadores familiares manifiestan principalmente un impacto negativo sobre su propia salud, expresando signos de sobrecarga y muestras de agotamiento físico o psicológico (Bover Bover 2006). Las cuidadoras informales señalan también angustia, preocupación por el presente y futuro del proceso de dependencia, falta de conocimientos y habilidades para el cuidado, así como presión derivada de la propia demanda de las personas atendidas.

Como afirma Losada, cuando las personas no se consideran capaces o presentan dificultades para atender o responder a las cada vez mayores demandas asociadas al deterioro de su familiar mayor, surgen tensiones, que generan, además de los sentimientos de culpa, un gran aislamiento social, de manera que a pesar de que los valores familistas estén presentes, su implementación se ve limitada por la realidad de las nuevas tendencias sociales y culturales (Losada, Knight & Márquez 2003).

La carga que sufre el cuidador debe ser diferenciada de la denominada "*carga objetiva*", referida a las necesidades de cuidado del anciano de acuerdo con su nivel de capacidad funcional (Adams 1996). Independientemente de que exista apoyo entre cuidadores (cuando hay cuidador principal y cuidador secundario), debe establecerse dicha diferenciación para poder identificar la sobrecarga en el rol del cuidador.

Según Rivera, hay una cierta tendencia a la integración del tejido asociativo dentro del sistema sociosanitario como una articulación estructurada. Así, los grupos de ayuda mutua se configuran como parte imprescindible de la rehabilitación social y emocional del afectado y familia, creando un espacio simbólico que trata de subvertir la consideración que en el ámbito social y profesional se tiene de su problemática de salud concreta (Rivera Navarro 2005). Sin embargo, en nuestro estudio apenas hay referencias a estas organizaciones que constituyen parte de la red social de apoyo a los cuidadores, evidenciándose sólo en una de las entrevistas.

Las asociaciones de familiares de afectados por una enfermedad en particular ofrecen a los cuidadores un espacio para compartir información y recabar apoyo informal.

Las asociaciones de usuarios y las ONG's dependen en gran medida de la financiación pública, pero se están abriendo un espacio cada vez mayor, siendo percibidas por sus miembros como autónomas y constituyendo una pieza novedosa en el engranaje entre las distintas esferas de participación en el sistema de bienestar social español (Pérez-Díaz 1998).

Cuando la afectación del anciano es grave, no sólo influye sobre el cuidador principal sino sobre toda la estructura familiar. Por este motivo, los modelos conceptuales explicativos de la sobrecarga del cuidador, basados en el estrés, deben contemplar todos los factores interrelacionados dentro del sistema familiar. Las consecuencias suelen ser motivo de conflicto entre las obligaciones de cuidado y obligaciones familiares, desacuerdos entre los miembros de la familia, reajustes en los roles dentro del ámbito familiar y diversos impactos emocionales sobre todos los miembros de la familia. Dichos conflictos suelen disminuir con la presencia de otras personas que ayudan en el cuidado del anciano (Rivera Navarro 2001).

La importancia de trabajar desde una perspectiva familiar en los cuidados enfermeros está reconocida desde hace mucho tiempo. A finales de los años 70, (Allen 1999) se inspiró en la teoría de sistemas para elaborar un modelo de cuidados que permitiera a sus alumnos de ciencias enfermeras desarrollar la atención a las familias. El modelo McGill, toma el nombre de la escuela que Allen dirige en Montreal (Canadá) (Heirle 2004). Este modelo propone situar a la familia en el centro del interés de los profesionales de enfermería como principales garantes del cuidado informal, ya sea directa o indirectamente.

En nuestra cultura, la costumbre de dejar al anciano, demenciado o no, al cuidado de la hija, especialmente si es soltera, ha sido una práctica común y frecuente durante décadas. A estas mujeres se les priva de una vida propia afectiva, social y laboralmente. En muchos casos tienen que abandonar su trabajo por no poder compaginar ambos roles, lo que repercute en un mayor aislamiento, inferior cualificación profesional, y con una discriminación a largo plazo. Las personas que trabajan fuera de casa, a pesar del sobre esfuerzo que supone, tienen menor riesgo de desempeñar un rol disfuncional de cuidador.

A propósito de este caso, cabe mencionar la existencia de numerosos estudios relacionados con los beneficios que resultan del establecimiento de un programa de intervención sobre los cuidadores para intentar controlar o disminuir posibles consecuencias de la sobrecarga del rol de cuidador en forma de morbilidad a todos los niveles.

Ejemplo de ello es el realizado por Kalra, según el cual, la formación de los cuidadores informales durante un año implica reducción de costes sanitarios, menor nivel

de sobrecarga del cuidador, menor riesgo de ansiedad/depresión tanto en el paciente como en el cuidador, y mayor calidad de vida (Kalra 2004).

No obstante, según Argimón Payas, los estudios realizados no muestran las garantías suficientes como para poder afirmar que este tipo de programas obtengan resultados favorables para los cuidadores (Argimón Pallas 2004).

5.3 DINÁMICAS DEL CUIDADO INFORMAL

La dinámica del cuidado informal no se inicia con el diagnóstico de la enfermedad.

Se trata de una responsabilidad que atañe al entorno doméstico, de manera que a medida que una persona pierde capacidades funcionales, los cuidados son añadidos a las labores domésticas progresivamente (La Parra 2002).

Los límites del cuidado son difíciles de marcar en términos de qué se hace, a quién, dónde y durante cuánto tiempo. Esta complejidad plantea dificultades a la hora de dimensionar su magnitud, y sobre todo, cuando tiene que ser asumido por alguien que no forma parte de la familia y transformarse en un trabajo.

En sentido amplio, todos somos, en algún momento de nuestras vidas, beneficiarios del sistema informal, y muchos de nosotros hemos sido o seremos cuidadores (García Calvente 2004).

Se habla normalmente de cuidado informal asociado a enfermos crónicos y terminales, sin embargo, estos cuidados son también aplicables a las personas sanas para promover su salud y prevenir la enfermedad, circunscribiéndose al mismo entorno familiar y doméstico. Las tareas que garantizan la alimentación, unas condiciones mínimas de higiene o la atención infantil, garantizando también el reposo y el descanso, son aspectos preventivos muy básicos.

Cabe reflexionar en este sentido sobre el hecho de que se toma conciencia sobre los cuidados como tales cuando en el proceso salud/enfermedad/atención, la persona tiene ya el rol de enfermo, y ostenta una o varias etiquetas diagnósticas que limitan o condicionan su independencia. Sin embargo, cuando se habla de cuidados dirigidos a personas sanas, tienden a ser consideradas en su globalidad como tareas domésticas. El proceso es el mismo, entendiendo la salud como un equilibrio entre dos extremos que conforman un "continuum", y la atención a la persona también es la misma, constituida esencialmente por los cuidados. Así, queremos resaltar que, usualmente, suelen adscribirse ideas e incluso denominaciones diferentes a una misma y única actividad.

El cuidado informal constituye por sí mismo un fenómeno muy relativo, ya que el estado de salud no puede definirse si no es en relación a la salud del resto de miembros del hogar. Un determinado estado de salud lleva a recibir cuidados en un determinado hogar, pero puede llevar a asumir el rol de cuidador en otro entorno.

Según Durán, ambos fenómenos *“se asocian circularmente: cuidan a las personas porque se dedican al hogar, y se dedican al hogar porque tienen que cuidar a personas enfermas”* (Durán 2004:195)

En los hogares, tradicionalmente se han unificado ambas perspectivas para concentrar en un miembro de la familia dichas responsabilidades, resultando mucho más rentable que si se distribuyen por separado.

La dedicación al cuidado incluye la atención personal, instrumental, vigilancia, acompañamiento, cuidados de salud, gestión y relación con los servicios sanitarios, así como, dar apoyo emocional y social.

Todas estas actividades de prestación de servicios van implícitas en el rol del cuidador informal. Coincidiendo con Durán, tienen un valor añadido que consiste en el *“reconocimiento a la subjetividad del paciente”*, el cual refiere esencialmente al hecho de recibir ayuda en casa, con la ventaja de encontrarse en un entorno conocido. Ese entorno es considerado como algo eminentemente propio, sin necesidad de enfrentarse a espacios desconocidos y desprovistos de toda referencia personal (Durán 2004).

En el entorno doméstico se prima la condición de persona sobre la de enfermo, atendiendo íntegramente al conjunto de inquietudes y necesidades de alguien dentro de su entorno; y eso también forma parte esencial del cuidado.

Siempre se ha considerado que es la familia quien hace que el entorno doméstico brinde estas posibilidades, pero, sin embargo, en función de las transformaciones recientes en la estructura familiar y las nuevas características que condicionan el cuidado informal, nos planteamos si dichas bondades dependen realmente de la familia o vienen dadas por el propio entorno doméstico. Los beneficios siguen presentándose igual e incluso en mayor medida aún cuando no es la familia la que asume el cuidado de sus personas mayores, sino que son cuidadores informales ajenos, y mayoritariamente, inmigrantes. Tal es así, que a la hora de abordar las dinámicas del cuidado informal, no encontramos diferencias entre las que son llevadas a cabo por cuidadores familiares y las desempeñadas por cuidadores inmigrantes. Los discursos de ambas tipologías de cuidadora así lo reflejan.

I: *“Un día normal, ¿qué haces?”*

C: *Atiendo a la abuela, mi hija, mi casa, hago la comida, lavo a la abuela, se sienta, le doy de comer, y en la tarde la merienda, a mi hija también, vemos la tele...una y la otra...así”. (CI-2)*

C: "Hacer la comida, asearlo, limpiar, afeitarlo todas las mañanas, peinarla..." (CI-3)

C: "Y yo digo, bueno, que sea lo que Dios quiera, y así cuidándola. Yo tenía que limpiarle la sonda, empecé a curarle las heridas porque se había llagado, de no moverse. Y la teníamos que atar en la cama para que ella no se levantara, porque le levantaba y se raspaba los brazos, se hacía daño, y claro...ya era mayor. Yo aprendí muchísimo cómo curarle. [...]Ay, Dios mío, y yo a ella le llegué a tomar un cariño, como si fuera algo mío, y digo "y si no le ponen la sonda, y si yo le doy de comer así con la cucharita..." (CI-4)

C: "Pero ellos no me dijeron que ella tenía demencia, que de vez en cuando a ella se la va la cabeza, no me habían dicho. Y un día se puso así, y llamé al médico y me dijo, "Sí, si ella padece de demencia, ella padece esa enfermedad y cuando se pone así no se puede hacer nada, e irá a peor, irá a más". "Ay, Dios mío, cuando se puso así". Estaba planchando y me dice "¿y tú quién eres?" digo, "Zorita, soy yo, Ana, la chica que está aquí más de 2 años con usted", y dice, "no, yo a ti no te conozco, ¿y la madre de la niña?" Digo, "soy yo". Dice "No, no, aquí había otra, la madre de la niña, una chica buenísima, que tú no eres, tú eres otra, que no te conozco, que tú eres otra, así que haz el favor de irte de mi casa, y vete y vete y vete". Parándose en la puerta para que me vaya de la casa. Digo, "espere, que voy a ir al aseo, ¿quiere algo Zorita?". Dice, "no, que no te conozco y me puedes envenenar" Y yo quería darle las gotas porque la doctora me dijo que cuando se pusiera así había que darle unas gotitas, el haloperidol ese, y le quería dar y ella no quería, cogía y lo tiraba, que la iba a envenenar, y no había forma de darle, y todo el rato andando detrás de mí pensando que le iba a hacer algo, "¿qué se le pasará por la cabeza?". Y yo me puse nerviosa y no sabía qué hacer, y digo "¿y ahora qué hago?". Porque ella se puso nerviosa y empezó así a temblar, y así, y ella " que me vaya, que me vaya y que me vaya". Digo y si me voy y ella puede poner la cadena y me deja a mí fuera..Hice como que cerré la puerta y me fui corriendo y me escondí en la habitación, y mi hija no se daba cuenta, estaba mirando la televisión y ella no se daba cuenta de que Zorita estaba así, y me escondí en la habitación y entonces ella vino al rato y empezó a buscar por todos sitios, y abrir y cerrar puertas y decía "¡Dios mío! ¿Qué voy a hacer? ¿Y ahora qué hago?" Y yo lo único que hacía era ponerme nerviosa de verla así, y al rato salgo otra vez, dejé pasar una media hora o así, y salgo y digo ¡Hola, Zorita! Y hago como que entro de la calle y dice "Hola hija, ay, por fin vienes, es que aquí había una que se había metido en la casa, tú no la conoces ¿verdad?" y yo tenía que seguirle la corriente y decirle que yo era la misma de antes pero la buena...y pasó unos tres días que no dormía, levantándose por la noche, moviendo la mesilla, diciéndome que había una niña que estaba detrás de la mesilla; decía "mira, mira, las hormigas cómo suben por la pared; hay que echar de eso para los bichos" y yo no veía nada, y ella veía cosas; dice, "ahí van las hormigas", y yo decía "No, Zorita, yo no veo nada", y ella "¿y es que no las ves? ¿cómo tienes la vista, hija?" y así esos días, duró tres días. Y a otra

mañana ya se levantó bien, y otra vez normal y bien. Pero esos 3 días yo no podía dormir porque se hacía encima [...] Bueno, realmente me dijeron que tenía que darle la pastilla, darle bebido. Y yo cada vez que le daba, le daba bebido la pastilla. Una vez que se puso mala, me dijo el médico "No, la pastilla hay que ponerla debajo de la lengua". Y claro, a mí me dijeron que se la diera así, y yo nunca había leído el prospecto. Era una cosa nueva para mí. Pues yo ya empecé a leer la medicina que ella tomaba y a mirarla cómo ella estaba y al otro día que yo entré en ese trabajo, le vía ella que estaba muy mal cuidada, la cabeza la tenía sucia, sucia, sucia.. Tenía una cosa blanca, como caspa, pero no era caspa, era como una arena que se le caía en la ropa. Toda esa parte de la nuca la tenía con una mancha blanca, que se le caía, y yo tenía miedo que me siguiera a mí también, porque claro, yo la peinaba. Le avisé a su médico. Eso es una enfermedad que ella tiene en la piel y no se le quita con nada. La hemos tratado y no se le quita". Digo, "pero ¿eso es contagioso?" Pero "no, no, no creo", me dijo la doctora. Y con champús que le mandaba la doctora, nada, porque parece que era peor. Entonces yo fui al herbolario, y yo le conté lo que le pasaba, y me dio una esencia de rosa, así como un champú de rosas o algo, Ponle todos los días una gotita y friégale así. Le empecé a poner, y luego me dio otro champú, y luego de la farmacia también. Y tampoco, no había forma de quitarle eso. Y bueno, pasó un tiempo que yo ya no sabía qué hacer, que hasta le echaba aceite de la cocina, le echaba colonia...me daba pena, porque a veces eso se le partía y le sangraba de lo seco que estaba. Y un día digo, tenía crema Nivea, que me encanta, y pensé que esto puede ser sequedad de la piel también. Estaba cansada de usar champús para cuero cabelludo seco, graso...de todo había usado. Cojo la crema Nivea, y empecé a usar la crema. Empezaba a ponerse eso enrojecido, enrojecido, enrojecido...y como que se notaba que la piel agradecía, y luego otra vez, y así. Pasé como tres meses poniéndole crema Nivea y le empezó a salir uno en la frente, y cada vez más, cayéndole por la cara...y le ponía la crema, y se empezaba a quedar eso como hidratado y color rosa. Y la caspa ya no le salía, ya no había esa cosa blanca porque estaba humedecido. Y yo le seguía poniendo, y ahora ya no tiene eso, porque se curó. Solamente con la crema, todos los días, todos los días, absorbía. Porque era que tenía la piel seca. He gastado como unas 5 cajas, de esas grandes de Nivea, pero le ponía y le enseñaba a los sobrinos que venían porque ellos pensaban que lo que tenía en la cabeza era que estaba sucia, que no le lavaba. Y yo les decía, "que no, que no es eso. Que yo le lavo la cabeza y a los 5 minutos ya le está saliendo otra vez eso blanco y se le caía por la ropa [...]. Y con ella, pues ya digo, tratándola bien; la cara la tenía puro bigote por aquí, por aquí, mal cuidada, el pelo todo chafado, que hacía años que no iba a la peluquería, tenía las uñas de los pies largas, no le cortaban las uñas de los pies, las uñas de las manos largas, todas las piernas secas, y en las piernas también se le empezó a partir de lo seco que lo tenía, y haciéndole así como caspa, como escama, y entonces empecé a ponerle crema Nivea. Entonces la chica me decía que la abuela hace 2 años que no se ducha, me decía la del fin de semana. Porque a ella la estaba cuidando una chica que era de aquí, y ella me decía, que la abuela no se quería duchar. Ella se lava y se asea pero no se ducha. Digo, "ah". Pues yo al tercer día de estar en su casa le digo "Zorita, sabe que hay que ducharse, porque usted está

oliendo un poquito mal, no le digo por ofender, pero yo le huelo un poco mal, hay que ducharse porque el cuerpo necesita el agua". Dice, "¿sí?, hija, nunca me lo han dicho que olía mal. Sí, sí, tú dúchame, si ves que huelo mal...". La bañera de ella, porque ese era el baño de ella, era una tina, y ella no podía levantar la pierna porque era muy alta, entonces la tenía que duchar en mi cuarto de baño. A mí siempre me gusta limpiar, tener bien limpio con lejía, y ahí si que tengo pie de ducha, en el baño que me dieron para mí, entonces yo puse una toalla en el suelo, le puse una silla para que no resbalara, tratando de cuidar lo máximo posible poniendo toallas por todos sitios, la duché, se dejó duchar, se duchó muy bien y le echaba colonia, le quité todo...una limpieza..La llevé a la peluquería, aunque decía que no quería ir, y yo le decía "hay que ir, porque usted es una señora que vienen a visitarla, mucha gente que la conoce y la van a ver y van a pensar que usted es la que no quiere cuidarse, y ya verá como usted se va a ver diferente". La casa estaba toda...las personas mayores tienen tendencia a acumular muchas cosas viejas y cajas, y cosas, y claro, la persona que está también tiene que motivarla un poco y decirle también las cosas. Yo le decía "Zorita, usted tiene muchas cosas que no le sirven, cajas de cartón vacías, y más así, y bueno empecé a limpiarle la casa, la cocina, toda la casa, a hacerle una limpieza total y sus sobrinos venían, y decían, "¡Ay, Ana, parece otra esta casa. Parecía que iba a morirse en dos o tres días, parecía que no vivía"! Y todos los que venían a verla a ella lo decían. En los comienzos, claro, en las primeras semanas no se notaba el cambio. Ellos me decían: "ella no te va a durar mucho. Qué suerte que has tenido que te han cogido con tu hija, pero ella no te va a durar mucho, porque ella está muy mal". Y yo decía, bueno, pues que sea lo que Dios quiera. Y empecé a darle de comer, que decían que no quería comer nada, yo comía con ella en la mesa; a mí me decían que había que ponerle la comida en el comedor a ella sola, que ella come en su mesa, en su comedor, y que ella comía ahí, y yo dije, "no". A veces cuando yo estoy sola, a mí no me gusta comer, a mí me gusta comer con alguien, y le dije "Zorita, ¿a usted no le importa comer conmigo en la cocina, porque a mí sola no me gusta comer", y dice "no nena, al contrario, me agrada, yo creía que eras tú que no querías comer conmigo, que te daba cosa". Digo "No, Zorita, como a mí de dijeron que había que darle a usted allí, que había que ponerle de comer allí". Dice, "No, no, a mí no me da nada, al contrario, me agrada comer contigo en la mesa". Hablando comía mejor, y mi hija allí en la mesa. Y decía, "hay que dar buen ejemplo a tu hija". La gente que no sabe las cosas que hemos vivido con ella y el cambio que ha dado de cómo estaba, ahora mismo está de maravilla.[...] mire, que pasa esto, y hay que ponerle pañales porque de día empezó a no controlar el pipí, se hace en el sofá, en los sillones, por la alfombra, por todos sitios...". No aguantaba, se iba orinando por el pasillo, yo tenía que estar todo el día con la fregona de acá para allá. No podía descuidarme porque en el mismo pipí una noche se resbaló y se cayó, y se había caído, y menos mal que estaba mi marido y entre los dos la levantamos, que si llego a estar yo sola, no podía levantarla...y entre los dos la

levantamos, y también a medianoche, a cualquier hora me tocaba fregar, como un bebé, o peor, porque un bebé está en la cuna y en un solo sitio mancha, pero ella iba por toda la casa manchando. [...] Entonces empecé a ponerle pañales de día, pañales de noche, luego no se acostumbraba, el pañal se lo quitaba por la noche, o sea que daba igual, porque se quitaba el pañal y se iba y otra vez se hacía pipí. La ponía ese rato y a los 5 minutos ya esta otra vez sin pañal, no le duraba, y yo insistiendo, insistiendo y ya como a los 3 meses ya dejó de quitarse el pañal y ahora más bien no lo hace, otra vez pasado un tiempo se volvió a poner así con la cabeza.[...] Ella dice, pues con mi hija, ella dice que es su nieta. Cuando ayer decía que se iba a casa de su amiga, estaba triste la abuela, y decía "cuánto llena tu hija la casa, hay que ver, qué vacía está la casa, cuando os vais el fin de semana, estoy tan sola, porque con la chica no hablo, no es como con tu hija", con mi hija está jugando al balón, juegan, patean la pelota, se ponen en el pasillo, como es muy largo y allí se ponen a jugar; se ponen a esconder una cosa, la abuela le esconde una cosa y mi hija va y la encuentra, y así. Y yo pienso que así su memoria está trabajando y la hace pensar. Y le enseña las sumas y le dice "nena", ¿sabes sumar? Y ella dice "sí abuela, ya sé sumar". Entonces la abuela empieza "¿cuántos son cuatro mas cuatro?, ¿cuánto es 5 mas 7?" y así..Y yo digo "Ay, qué bien". Me da gusto, porque yo pienso que debe ser bien, ¿no? Y todos los días, como ahora tiene colegio, está aprendiendo las sumas y las restas, y está empezando a leer, "la l con la a suena la" y así. Le enseña ella a leer. Todo el tiempo está mi hija con ella, desde que llega del colegio, está haciendo los deberes la abuela está a su lado, corrigiéndola. Ella no ve bien pero en general sí ve, no ve las letras pequeñas. La vista es que le falla muchísimo, y sí, sí, se puede hablar con ella y puede oír, no hay que gritarle mucho, ni nada de eso. Y está ella ahí sentada, mirando cómo hace los deberes; luego termina y dice "venga, ahora vamos a jugar un ratito" Se ponen a jugar. Luego, después de jugar, en el verano, dicen "vamos a bajar al jardín". Y todo el día ella está ocupada. A veces, yo digo, "Zorita, vamos a la cocina, que voy a cocinar". Y dice, " ¿qué vas a hacer, hija?". Le cuento lo que voy a hacer. Digo, "¿me puede usted ayudar a hacer las judías?". Empieza a hacer cosas fáciles, partir espárragos o judías. A pelar patatas no, porque eso no, ni nada, lo que veo yo. Cuando hay unos guisantes en el mercado, le compro, y ella los va vaciando, está entretenida, y son ejercicios para sus manos también. Todo lo que pienso que puede ser bien para ella, hay que hacerlo, Zorita. Y a veces sus cuñadas dicen "Yo tengo una chica que me hace todo". Y yo pienso que no es por hacer, no es porque quiera que ella se lo haga sino porque así hace ejercicios, yo te juro que es por eso por lo que lo hago con ella. Ella se lava, ella sola. Eso no es cuidarla menos, es cuidarla mejor. Y por eso ella está ahora tan bien. Antes le dolía tanto la cintura que no podía ni bajar un escalón, ni subir porque le dolía, pero yo creo que es de estar mucho tiempo sentada y de no andar. Y ahora vamos al jardín, vamos al locutorio, vuelve unos 200 metros de distancia, 300 camina, así.. No todos los días. Estos días no porque el jardín nos lo han cerrado, está el tiempo a veces que dice que no tiene gana porque hace mucho fresco o tiene mucho calor, y entonces no salimos. Y todos los días digo, cuando voy al jardín, vamos a andar un ratito, o vamos al locutorio, sé que le gusta ir al locutorio a hablar con mi madre, y

es un buen pretexto para que salga. Habla con mi madre, habla con mi madrina. Mi madrina le mandó una bufanda, porque habla con ella por teléfono y dice "qué señora más agradable que es", porque de verdad que es muy agradable, muy educada, tiene mucha paciencia, es muy buena persona, buenísima. Y ella me quiere como si fuera mi madre, le digo a ella. [...] Lo mismo que antes había medicinas que estaban ahí desordenadas y que ella no tenía un orden para tomar la medicina. Entonces ahora tengo en una caja: desayuno, comida y cena. Todo preparado, escrito en una caja, en un papel, en la carpeta de ella con su historial médico para que cuando ella se ponga mala, no tenga que estar buscando, sólo la coja y en seguida al médico, la tarjeta sanitaria ahí...y todo preparadito. Yo la quiero a ella como si fuera mi madre [...] Lleva unos meses atrás que está muy bien. Fuimos a Yecla en el coche, porque mi marido se compró un coche nuevo, y ella tan contenta, y conociendo lugares. Y dice, "mira, soy una anciana y nunca había venido aquí". Vimos que era preciosa la ciudad, y ella se quedó encantada y dijo "mira, he pensado que sería un pueblucho, que no habría nada, pero no, no, qué bien que está" . Nos sentamos en una terraza muy grande a tomar un café, a ella le dimos un café descafeinado porque le gusta el café, y allí más contenta, como si fuera la pequeña. Y hablando, decía, "sois buenísimos, he dado con unas personas buenísimas. Tengo 89 años, pero no me duele nada, estoy bien". Cuando tenemos que salir y le digo "vamos a mi casa". Le encanta ir a mi casa, y dice "vamos a la confitería a comprar algo de comer para que no te tengas que poner a cocinar ". Y le encanta venir a mi casa. Es como la abuela de la casa, como si fuera parte de la familia. Y ya digo, o cuando vamos a la iglesia. Le decimos "Zorita, vamos a ir a la Iglesia, ¿se viene?", y ella dice siempre "sí, sí..Yo aunque no practique vuestra religión, yo respeto mucho y voy. Además, la gente que va a vuestra iglesia me parece una gente muy educada, muy atenta, muy cariñosa, me parecen todos buenísimos". Y ella saluda a todo el mundo, se presenta, "soy Soledad Cebrián", tengo 89 años" Y ellos ya la conocen a ella. Está muy bien y estamos muy contentos con ellas [...] Ellos se quedaron un día con ella porque yo me fui de vacaciones y se quedaron ellos con ella y dijeron que "eso no hay cuerpo humano que lo aguante" (CI-4)

C5: Estuvo un mes sin salir del hospital; noches que no dormía; a veces, decía, "que venga alguien que estoy que me caigo" No podía más, me caía de pie, de sueño y de cansancio. Pero me daba lástima porque no tenía a nadie. [...] C6: Claro, sí, para todo lo doméstico, limpiar, cocinar. Cuidar es estar sólo pendiente de él, su higiene, su alimentación, vestirlo, su medicación y estar con él. Pero es que luego a la casa viene mucha gente a comer...y los tengo que atender yo. Es mentira que haya que cuidar sólo a los abuelos...luego se cuida a mucha más gente. Les coges un cariño mucho mayor que el de su familia, porque su familia...Yo cogí una depresión que estaba para matarme cuando se murió el abuelo. Es verdad.." (CI-5,6)

C:" Sí, porque estaba en una silla de ruedas, y yo tenía que sacarla a la calle y tenía que volver,

cambiarla, bañarla...y ya te digo, que ni su hijo ni su hija se hacían cargo. Llegaba el día que yo tenía que librar y podían aparecer a las doce, la una, las dos o las cuatro...Ellos no decían, “mirad, a ella le toca salir una mañana o dos mañanas”...no, no. Ellos me decían que tenía que estar a la mañana siguiente a las siete de la mañana. Yo creo que debía tener al menos un día y medio libre, porque aquí, nadie me ayudaba. Tampoco quería ser rebelde; les caía bien y tampoco me importaba. Pero aquello era como estar esclavizada, porque quieras o no, la persona que está ahí se deprime. Estar tratando con enfermedades fuertes y malas, toooooo el día ahí....”(CI-7)

C: “Aquí todo el mundo aporta un poco. Por ejemplo, yo soy la que más tiempo está con ella, la que más la atiende. La de la mañana se dedica más a lavar, a limpiar la casa y eso. Cuando ella viene yo ya la he preparado de todo, me levanto le chequeo el azúcar, le pongo la insulina, la baño, la visto, la perfumo y la siento en la cama [...]. Entonces y le hago la cena, otra vez le mido el azúcar, le pongo la insulina, le doy la cena... y cuando la vamos a costar me ayudan. Cada vez que quiere hacer sus necesidades yo soy la que estoy.” (CI-17)

C: “Se había caído hacía poco; al venir andando por el pasillo, como no tiene los reflejos completos porque a veces se tira a la silla cuando le falta más de un metro, pues, se sentó en la silla y se cayó. Entonces fue cuando se hizo un morado tan grande, porque cayó en el borde de la baldosa. [...] Es así. Mi madre todavía no es que esté muy muy mal, está bien de la cabeza. Pero tú imagínate que ella está mal ¿qué necesita? Cambiarle sus pañales, como hacemos con mi suegro, y hacérselo todo, darle de comer... si no lo limpias no come. [...] Y ahora, hace dos años, después de la operación de bocio, después de tener los 4 años el aparato puesto, pues entonces, ya que estaba un poco mejor, le dio neumonía, y ya lo dejó que se cae... con eso te lo digo todo, que no, no..., va al aseo agarrándose a las paredes o con el tacatá, pero yo sobre él, porque no lo puedo dejar solo. ¡Cuántas veces se me ha caído ya..!” (CI-29)

C: “Yo, por la mañana llego, y le digo, “Qué, ¿cómo has pasado la noche...? ¿Has dormido bien, te ha dejado dormir mi hermano? ¿No te ha dado guerra..? Venga, que te voy a arreglar ¿tienes hambre?” Eso es lo que yo le digo a ella. Yo le hablo mientras le voy haciendo, hablando....”no hay más remedio, hija, esto es así...” y le comento cosas. Le quito la ropa, camisón...y la baño entera en la cama. La esponja es para cuerpo y piernas. Tengo otra palangana para genitales, otra para el pie de la herida, que luego le dejo una gasita con Betadine, se lo tapo y le pongo sus botines. La masajeo entera muy bien con crema. Después le doy su desayuno, que le pongo una manzana, un yogur, galletas, horchata... y todo se lo trituro, con sus pastillas. Luego a las 11 le doy la vuelta, la cambio y limpio la habitación y el baño, la puerta, lavo la ropa que le quito, toallas, etc... A las toallas hay que ponerle bastante suavizante porque si no luego le araña y le hace heridas. Luego viene mi hermano de rehabilitación, y mientras, yo voy a mi casa a hacer la comida y prepararla y eso. Vuelvo y le hago a ella la comida; ternera, pescado, lo que toque, todo bien blandito... Luego, a las 5 de la tarde, se le cambia, y se le masajea. Si yo no estoy, mi hermano todavía puede cambiarla. Le

damos a esa hora un yogur. Luego a las 6 mi hermano se va a pasear. Cuando vuelve, ya está lavada y preparada para la noche, todo limpio. Cuando llega, me ayuda a subirla en la cama. La subimos entre los dos, la dejamos semisentada y ya hago la cena, que le pongo, plátano, yogur, galleta, media manzana y sus pastillas. Y ya a dormir. Lo hago muy a gusto” (CF-1)

C:” Vengo a las 8 de la mañana, la lavamos, la peino, le damos los comprimidos, el desayuno, la siento y a la hora o así, la llevo a darle un paseo, al aseo..., la siento. A las 2 horas le doy agua, a media mañana un Kiwi, como tiene azúcar... y luego, cuando es la hora del kiwi, otro paseo. Yo mientras sigo haciendo cosas de la casa. La dejo sentada y voy a mi casa. Le digo, “mamá, mira, voy a comprar el pan y a mi casa a hacer mis cosas, las camas, y eso” y ella me entiende perfectamente. Luego vengo otra vez, le doy a las 12.30h. Los comprimidos del azúcar y a las 13h. Come. Luego le doy otro paseo, un borneo... y más tarde, a las 18.30h. Otra vez el comprimido del azúcar y su merienda, y a las 21.30h. Acostada, como un bebé. Le ponemos el pañal cuando viene mi hermana y la acostamos. Durante el día, no lleva pañal. Ella te dice si necesita ir al aseo. Está bien cuidada, y a su hora se toma los comprimidos. Y estoy con ella gastándole bromas, siempre.. “mamá... despierte que está esta chica aquí...”. Ahora viene mi nieto y tiene que estar despejada...” (CF-28)

C:”Este hombre es que puede hacer poco, porque le dio un ataque cerebral hace 10 años. Desde entonces pues tengo que bañarlo, tengo lavararlo, darle el desayuno, lo acuesto, si necesita una bolsa de agua se la tengo que poner, si se tiene que tomar su leche se la tengo que dar, en fin... pues todas esas cosas. Estoy como si fuera su enfermera, pendiente todo el día, su medicación...Salva, las pastillas; Salva las otras pastillas, las de la tensión también.. Estoy nada más que en eso, y todo lo que necesita; le limpio los zapatos, le quito los calcetines, a veces se los pongo también porque no puede. Bañarse no quiero yo que se bañe solo, porque se puede caer, aunque tengo cosas aparentes para que no se caiga. Él es que se marea, y en fin, y él no puede agacharse mucho porque como lo que tiene es en el cerebro... él sale a andar y no sale solo, tengo que salir yo con él” (CF-32)

C:” Yo estuve con mi padre los 4 años, fue estar permanentemente con él, sin poder dejarlo. Yo lo tenía que estar cuidando, no lo podía dejar un momento. Si salía, o bien se tenía que quedar mi nuera o mi marido con él, porque yo no podía salir a ningún sitio. Yo lo tenía que lavar, bañar, desnudar para acostarlo, vestirlo, afeitarlo, todo, hacérselo todo a mi padre....esos 4 años, eh...así me tiré con él. Y ya cuando se cayó, que ya lo tuvieron que operar, es cuando ya, fue imposible. Es que yo solica, era imposible. Ya era imposible. Estuve 2 meses sin poder acostarme, sin poder acostarme, sin poder comer... no me dejaba un momento, era una cosa ya... fuera de lo normal. Entonces es cuando ya tuve que hablar con mis hermanos y pedirles ayuda. Y entonces pues ya ellos, tuvieron ahí... bueno, casi siempre estaba yo, porque soy la que está

más cerca, pero eso, que...[...] Mi padre es que no paraba un momento. Gritar, gritar, llorar, llorar, chillar, gritar, llorar....así se tiraba todo el santo día y toda la santa noche. Ni con pastillas, se podía dormir ni quedarse tranquilo. El médico, don Andrés, estaba ya loco, que no sabía qué mandarle para que se calmara. Fue una cosa fuera de lo normal.[...] Estando mi padre tan malico ya, por la mañana, lo primero que hacíamos era arreglar la casa. En seguida, cogíamos y bañábamos a mi padre, lo arreglábamos, le dábamos su desayuno, venía la mujer; si ella no había llegado aún, pues yo, todo el santo día, permanentemente con él. Cuando ya estaba la mujer, lo terminábamos del todo, a eso de las 11 y algo, me venía a mi casa, arreglaba todo esto, le ponía su comida, hacía 200 viajes para abajo a ver cómo estaba. Cuando estaba la comida, iba y le daba de comer y en seguida, pues otra vez allí. Si es que mi vida ha sido estar allí siempre. Es verdad. Por la tarde también, a todas horas. Yo he estado siempre con mi padre".(CF-33)

C: Estoy las 24 horas del día. Te diré con puntos y comas. Me levanto por la mañana y le doy el desayuno. A ratos, si tose, si se mueve, allí otra vez, dándole cosas. A ratos, tengo que ir a quitarle el pañal, no lo voy a dejar hasta que vengan las mujeres, porque no puedo dejarlo. Él tiene Alzheimer. Ya lo lavo, y le quito ese pañal. Lo vuelvo, lo lavo y ellas me ayudan a levantarlo. De ayuda viene una mujer del Ayuntamiento. No la pago yo, me la ponen ellos. Entonces, lo dejo y a ratos, pues voy a levantarlo, lo levanto, le doy sus medicinas, también por las mañanas, su vaso de zumo, luego al rato le doy de comer, te digo así...luego le doy un vaso de naranja escurrida, sus medicinas otra vez, luego lo cambio de postura, para mudarlo porque se cansa, tose..Y que si se queja, a ver dónde le duele...¿dónde le duele? Yo le doy una pastilla para donde sea el dolor. Unas veces se le quita y otras veces no. Luego, otra vez, como le doy tantas medicinas, a las 4 o así, lo acostamos. Hoy como lo he estado moviendo más, le ha dado una tos que para qué...se queda negro de la tos que le da. Está acostado y ahora se está quejando. ¿Lo ves?. Al rato, le doy de cenar. Y él empieza otra vez a toser y venga, y venga, y ya estaba reventado. La otra noche hasta la una, y dándole de todos los remedios caseros. Pero bueno, entonces, antes de acostarme yo, le quito el pañal pequeño que le pongo dentro, pero no el grande. Es que yo le pongo uno pequeño dentro, para cambiarlo sin tener que darle la vuelta y molestarlo y tal. La doctora, dice que cómo estoy de los huesos, porque él era un hombre alto y grande, y yo no puedo con él, pero tengo que hacerlo mientras pueda. Y entonces, pues luego me acuesto ahí; llevo 8 años ya durmiendo en el sofá, porque arriba no me puedo subir porque no lo oigo. Me levanto 2 ó 3 veces y escucho por la puerta. Si tose porque tose; si no, digo "ay, está callando...¿Será algo?" Las 24 horas del día y estoy yo sola, porque mi sobrino está trabajando, y él se sube ahí arriba, y estoy yo sola. Si hay algo grave, lo llamo, pero si no, no. Pedro es una balsa de aceite. Su enfermedad, pues tienes que estar sobre él, porque si no estás las 24 horas del día sobre él, lo tienes abandonado, no puedes. Tienes que estar con él o no estás. Eso, por supuesto. Tienes que estar con el o dejarlo, porque en seguida, a cada momento, que si lo levantas, que si levanta la cabeza, que si tiene esto, que si tiene esta buba aquí, o mira qué coloradico tiene aquí, o esta arruga, una miaja de pomada aquí, o allí, el cojín entre las rodillas

porque si no eso mismo le hace lla. No tiene heridas ahora, gracias a Dios, está como la palma de la mano. Pero, le quito una orillica del pañal para ponérselo en otros sitios. Pero el otro día, lo puse de lado, y le salió en seguida una ampolla, porque lo pongo de lado para que haga de vientre. Eso es otra cosa, que no hace, y que tengo que darle para que haga, y muchas veces no hace. Ya te digo, que te faltan horas del día para estar con una persona as. [...]Tengo que abrirle la boca. No toma batidos; él come comida, por la presente. Si hago cocido, pues cocido, o arroz, porque yo le saco en la turmix un vaso de caldo, se lo echo, y lo muelo con la carne; le hago verduras y carne, le hago verduras y pescado; le hago cosas variadas, molido pero come de todo".(CF-34)

I:¿Qué haces es un día normal?

C:" Pues por la mañana le doy de desayunar y luego, lo que estamos haciendo ahora mismo, el aseo; también el levantamiento, para vestirla y bajar la escalera, la medicación..La saco por la mañana, que me ayuda la auxiliar o viene mi hermana, y luego a las 6 otra vez. Así, la levantamos de la silla, y anda un poco. Y así no se olvida de andar" (CF-35)

C:" Ahí sentado él, y la puerta cerrada, porque se va, y da unos golpes en la puerta, llamando a su madre, que se va a comer con su madre, que su mujer le tira la comida porque no va a comer...mira, qué escándalo. Cuando es la hora de cenar o es la hora de comer, me arma un escándalo así, ¿escuchas? Eso tiene una cabeza que Dios nos libre..." (CF-38)

C:" Hago todos los días lo mismo. Ahora a las once la levanto un ratito. Viene una y me ayuda a levantarla. Luego a las 2 le doy su comida y la acuesto otro ratito, y a las 6 la vuelvo a levantar otro ratico. Y así todos los días. Domingos, lunes, todos los días igual" (CF-40)

C:" Pues bueno, esta mañana a las 7 menos cuarto la llamo, que cuando es invierno está de noche...para que haga pipí, le lavo la cara, la cambio de ropica, la aseo, y la visto, la peino y le doy el desayuno. Y ya viene la ambulancia para las 8 menos cuarto o por ahí para la rehabilitación. Y ya venimos, y se queda durmiendo a lo mejor hasta la una. Le doy de comer y todo esto. El día que viene la auxiliar, pues sobre el mediodía está de vuelta y la arregla después de rehabilitación. Después, la comida. Algunas veces como yo también con ella, pero la comida se la pongo a ella porque tiene que tener un horario por las medicinas, que si el agua, en fin...y luego como yo y ya a la silleta. Duerme un ratico. Esto es el día que viene la auxiliar, pero el día que no viene, de la cama a las 10 de la mañana va a la silleta. Y la levanto yo solo. Y acostarla pues eso, también, arriesgándome. Ya la grúa no la utilizamos porque me ayuda ella también un poco, porque si se resbala para abajo, me veo perdido, yo no puedo levantarla. Voy con mucho cuidado y la zozobra esa. Y el resto del tiempo pues aquí a ver la tele los dos. Y luego pues merienda temprano, a las 7 y media o las ocho, y cuando ese, pues a dormir, que mañana "tengo que ir a la escuela", que es la rehabilitación, la escuela. Pero nada. A

rehabilitación va todos los días a Los Pinos, a la Avenida de Los Pinos". (CF-44)

Las prácticas de autoatención (y dentro de éstas, el autocuidado y los cuidados informales), a pesar de su reconocimiento como universales, han sido etiquetadas como formas marginales de supervivencia de la cultura popular, más cercano a folkloristas y etnógrafos que a investigadores de la realidad social, suponiendo aún menor interés desde el punto de vista sanitario o político. Si bien, siguen siendo concebidas de forma subalterna desde el sector formal, es fundamental su conocimiento para comprender la configuración de los dispositivos informales de cuidado e identificar tanto sus límites como sus puntos de articulación con otros dispositivos frente a la dependencia. Resulta muy dificultoso teorizar sobre la estructura de las dinámicas del cuidado informal ya que partimos de las actividades propias de la vida cotidiana, donde lo puramente doméstico y el cuidado se mezclan continuamente y a distintos niveles.

Es una actividad que requiere gran dedicación, la realización de muchas tareas cotidianas y actividades que pueden resultar excesivamente rutinarias, repetitivas y peor valoradas por los cuidadores. Cuidar es una tarea que requiere, por un lado, conocer las necesidades de la persona dependiente, y por otro, saber cómo satisfacerlas, además de una gran flexibilidad por parte de la cuidadora para adaptarse a los cambios y circunstancias derivados de la situación cambiante y progresiva tanto de dependencia como de enfermedad.

Al abordar el complejo tema de la dinámica de los cuidados en nuestra etnografía, hemos observado que no existen diferencias sustanciales entre los cuidados informales proporcionados por una cuidadora familiar o inmigrante.

Coincidiendo con Berjano en la tipología de tareas que conforman los cuidados informales, en nuestro estudio encontramos que tanto un tipo como otro de cuidadora informal cubren actividades de carácter doméstico general (comprar, limpieza, cocina...), acompañamientos (ir al médico, ir a misa, paseos, compañía en casa...), aseo personal, administración de medicación, curas, masajes y movilizaciones, levantar/acostar, alimentación, cambio de pañales, y afecto. Tanto las actividades de acompañamiento como el soporte afectivo son aspectos especialmente resaltados y valorados, muy difíciles o imposibles de asegurar su cobertura por parte del sistema formal de cuidados (Berjano 2005).

Según Crespo y López, en función de la naturaleza del problema, cuidar puede requerir una pequeña cantidad de trabajo o una gran tarea, puede ser algo breve o que no se sabe cuándo va a finalizar (Crespo, López 2007). De hecho, la vida del cuidador en la mayoría de las ocasiones se organiza en función de la persona a quien cuidan, y los cuidados tienen que hacerse compatibles con las actividades de la vida cotidiana. Incluso en ocasiones, especialmente en enfermedades crónicas y degenerativas, no son las

atenciones las que se adaptan al horario de los cuidadores sino que todo el horario se adapta en función del enfermo al que se atiende: horario laboral (si lo hay), de comidas, vacaciones (Alonso 2002). Es una actividad que se desarrolla en silencio, intensa y constante, día tras día y noche tras noche.

Para García Calvente, los cuidados prestados en el entorno informal podían ser: cuidados personales, instrumentales, de vigilancia, atención a la enfermedad, administración de medicación, administración de curas y cuidados de rehabilitación (García Calvente, Mateo Rodríguez & Gutiérrez Cuadra 1999). Esta categorización de los cuidados informales nos puede ayudar a describir y comprender mejor las dinámicas del cuidado informal. Analizándolas en nuestra etnografía, encontramos que se dan absolutamente todas. Los límites del cuidado observados en ese día a día, comienzan a ser difusos en algunos de los casos, ya que se requieren ciertos conocimientos técnicos específicos en relación a la enfermedad de la persona dependiente, así como conocimiento especializado profesional. En este caso, son los profesionales del sector formal de cuidados, especialmente la figura de la enfermera, es quien debe articular un eficaz sistema de apoyo educativo para asegurar la provisión del autocuidado en ese determinado contexto.

Nuestros informantes consideran totalmente insuficiente el apoyo formal del sector sanitario, y de hecho, no abarca la totalidad de las necesidades si se continúa desarrollando una política de atención a la persona dependiente en el seno de la comunidad, con un ideario basado en la curación y en la medicalización. Ante esta situación, los profesionales de enfermería son los que desarrollan la mayor parte de la actividad domiciliaria, y recae sobre ellos la responsabilidad de dinamizar un modelo basado más en el autocuidado que en la suplencia y ayuda de manifestaciones de dependencia, desarrollando al máximo las capacidades del cuidador a nivel de autoatención y autocuidado.

Ante el déficit de recursos formales, al igual que ocurrió en muchos países de Latinoamérica, resultaría conveniente llevar a cabo un cambio de modelo conceptual, redirigiendo las prácticas en consecuencia a ese modelo que, aún no siendo nuevo, no ha llegado a cristalizar todavía en nuestro entorno sociosanitario.

En muchos casos, la dinámica familiar se altera de tal manera cuando existe una persona dependiente en casa que, incluso de manera inconsciente, los propios cuidadores la excluyen. Según Portillo, en un estudio realizado con cuidadores de pacientes tras un ictus, los cuidadores principales planificaban la organización del cuidado pero no consultaban a los pacientes, por lo que éstos se encontraban en unos ámbitos de

relegación y control más que participación. Además, los cuidadores reconocían que el cuidado de los pacientes afectaba a toda la familia, tiendo sus miembros que contribuir física, emocional, económica y socialmente, siendo el entorno doméstico también un lugar de cambio tanto de estructura como de roles (Portillo Vega, Wilson-Barnett & Saracibar Razquin 2002b)(Portillo Vega, Wilson-Barnett & Saracibar Razquin 2002a). Es evidente que la capacidad de participación en las dinámicas del cuidado informal depende del grado de afectación y la limitación en la autonomía que tenga la persona objeto de cuidados. En nuestra investigación se estudiaron casos que respondían a muy diversos grados de dependencia, y principalmente variaba su participación en el autocuidado en función de ésta.

Podemos pensar que el cuidado familiar sólo puede tener consecuencias positivas para el proceso salud/enfermedad/atención de la persona dependiente, pero sin embargo pueden existir inconvenientes. Diversos estudios ponen de manifiesto la importancia y las ventajas y desventajas relativas a que los familiares colaboren en el cuidado de los pacientes. Por ejemplo, según Portillo, las principales ventajas que se presentan aluden a que la participación informal en el cuidado facilita la rehabilitación, proporciona mejores relaciones entre la familia y el paciente, y favorece la aceptación de la enfermedad por parte de éste. Otros beneficios son el ambiente cálido que percibe el paciente, así como el apoyo emocional y social que la familia le proporciona (Portillo Vega 2002). Todo ello, como podemos observar en nuestra etnografía, interviene favoreciendo la dinámica de los cuidados informales, pero en ningún momento observamos en los discursos de nuestras informantes que la rehabilitación, las relaciones familiares o la aceptación de la enfermedad empeoren si el cuidador informal no pertenece a la familia.

Según un informe del Departamento de Salud e Inspección de Servicios Sociales del gobierno británico, el cuidado domiciliario ofertado como parte de los servicios sociosanitarios suele ser proveído por mujeres que poseen sus propias responsabilidades familiares, cuidado de adultos e hijos. Son esas habilidades adquiridas por el rol ejercido dentro de la familia las que constituyen una adecuada *“actitud de cuidado”* y *“experiencia en la mejora del bienestar en el domicilio”*, consideradas como *“habilidades femeninas”*. Este perfil de asistente de ayuda a domicilio suele tener media jornada laboral y menos de una tercera parte han recibido formación reglada para ejercer su trabajo (Department of Health and Social Services Inspectorate 1991).

Analizando la estrategia que ya empezaron a llevar a cabo en Inglaterra hace más de una década, resulta curioso comentar el hecho de tener en cuenta, a modo de requisito para obtener una ocupación laboral, el haber asumido el rol de madre de familia previamente, y apenas tener en cuenta la formación específica reglada. Lo que en un principio puede considerarse como una oportunidad laboral para la mujer que no llevó a cabo estudios ni ejerció otra actividad laboral en las primeras etapas de su vida, puede

también entenderse como un mecanismo de exclusión y de intento de reproducción del mismo esquema social previo.

En tanto que la mujer en la actualidad está insertada en la vida laboral extradoméstica en un elevado porcentaje, en Inglaterra decidieron ofrecer a las “*amas de casa*” sin formación, un contrato de media jornada para atender aquellos domicilios en los que la mujer no se hace cargo de las personas mayores dependientes, o en los casos en los que éstas viven solas. De alguna manera, algo parecido se está desarrollando en nuestro país, pero no con mujeres españolas sino con mujeres inmigrantes, pero que comparten un perfil similar, joven, desempleada, que desempeña en su entorno doméstico las actividades asociadas a su rol de género y a quienes no se les requiere ningún tipo formación específica. La diferencia entre ellas estriba en la ilegalidad de nuestras cuidadoras inmigrantes, aspecto que se posiciona en contra de la visibilidad y adecuación tanto de sus condiciones laborales como de su propio proyecto vital migratorio.

Para cerrar este apartado de dinámicas de cuidado informal, tomaremos las palabras de Serra, sobre las cuales conviene reflexionar de cara a la apertura a otras formas de cuidado informal y nuevos dispositivos de atención a la dependencia:

“En el curso de la vida, el adulto pasa a depender de los hijos suponiendo una sobrecarga en sus tareas, una exigencia de competencia al hijo/a adulto cuidador que debe ser capaz de ser eficaz en la diversidad de tareas impuestas por el paso de los años. Esta tarea nueva para los adultos puede suponer una oportunidad de crecimiento personal, profundización en la madurez psicológica y un modelo de conducta para los propios hijos, o bien una fuente de estrés crecientemente desadaptativo” (Serra et al. 1998:139).

Si el transcurso de los años conlleva un cambio en la realidad, y, por tanto, una modificación a nivel de prácticas, sería conveniente que se modulase la concepción de las representaciones que las rigen o determinan. Los modelos sociales que explican las prácticas asociadas al cuidado informal no pueden permanecer inalterables si la realidad es ahora distinta.

5.4 RELACIÓN DE AYUDA EN EL CUIDADO INFORMAL

En la relación de ayuda las pretensiones son simplemente intentar mejorar la vida de otra persona; su establecimiento es consciente, para ayudar a la persona a manejarse con sus necesidades vitales y específicas, potenciando a su vez actitudes que retroalimentan el proceso y favorezcan la interrelación humana.

En relación a este aspecto conviene rescatar el concepto de “*eficacia simbólica*” elaborado por Lévi Strauss (Lévi-Strauss 1977). Si bien constituye un mecanismo explicativo en determinadas prácticas curativas, aludiendo a los efectos terapéuticos y la sugestión que genera el propio acto curativo formal, en el ámbito de los cuidados profanos, se plantean algunas dificultades para comprobar dicha eficacia. La figura de un cuidador dentro de la cotidianeidad puede que no presente la misma eficacia simbólica que los profesionales del sector formal que proveen los servicios legitimados de atención a la salud. En nuestro estudio nos basamos en los hallazgos etnográficos sobre la respuesta terapéutica que ejerce el contacto que se establece entre el cuidador y la persona dependiente. Así, coincidiendo con Haro Encinas, podemos aducir que el cuidado de la salud genera cierto poder, presentando eficacia simbólica la relación humana establecida durante en el proceso s/e/a (Haro Encinas 2000). Ante esta confrontación de opiniones y criterios sobre la eficacia simbólica en el entorno de los cuidados informales, Gadamer concluyó que debido a la complejidad de estudio de este ámbito, no existe un único esquema explicativo a todos los niveles (Gadamer 1993).

Existen estudios realizados en profesionales de la salud (médicos y enfermeros), que confirman la existencia de una relación de ayuda más fructífera en función del género, señalando especialmente el estilo de comunicación no verbal, conversación, eliminación de términos técnicos en el lenguaje, soporte emocional e información suministrada a pacientes y cuidadores provenientes de un profesional femenino. La satisfacción de los usuarios en esta investigación también es mucho mayor en el caso femenino (Lorber 1997). Debería tenerse en cuenta esta posible influencia del género en la relación de ayuda que se establece aún cuando no tomemos como absolutos o generalizados los resultados de esta investigación.

5.4.1 Comunicación interperpsonal terapéutica

C: *“Es muy difícil comunicarse con él. Tiene arrebatos de gritos; luego le hablo, pero no contesta. De todas formas yo le hablo mucho”*(CF-31)

C: *“Es más que un trabajo, es, para mí, como una familia. Yo me apego más a esa gente....que la hago como mi familia, claro, si me lo permiten. Ahora, si la gente es muy muy así, porque aunque a mí no me ha pasado, pero sé que a veces les exigen hacer su trabajo y no pasar de ahí. Pero yo, con la gente que he estado, me he encariñado tanto que, ya digo, la mujer con la que iba a dormir por la noche yo, murió este verano. Yo me fui hace mucho tiempo de esa casa, pero yo he tenido contacto con ella, he ido a visitarla, y ya casi dos años largos estuvo en la cama postrada..[...] Sí, era gracioso que el hombre que yo cuidaba, pues sábado y domingo no trabajaba. Y me decía la hija, “las veces que te nombra”, que si a la hora de la comida... me decía María porque no podía pronunciar “Narcisa”. Y decía “¿Y dónde está María?”. Y cuando me iba por las noches, me decía, “¿Y dónde vas?”, y yo le mentía; le decía que me iba a*

comprar el pan o una mentira piadosita se la podía decir. Y venga a preguntar y a preguntar, hasta dormirse, preguntando por mí. Y cuando se ponía malo, que lo llevamos dos veces al Meseguer, y yo me iba a casa a cambiarme y eso, y yo me perdía un rato, sé que estaba todo el tiempo preguntando por mí. Y yo también, es que cuando me iba a casa, también me parecía que me faltaba algo... Me sentía recompensada.” (CI-3)

C6: “ Sí. Hace más el trato que la medicina.

C5: *La compañía que le haces no es sólo para darle los cuidados, sino que el saber que lo que quiere, qué él tenga confianza para decirlo, para decir qué le duele, o contarte lo que le pasa, de su disgusto, de su dolor, aunque sea permitirse decir que le duele un dedo. Por ejemplo, el abuelo que cuido, a veces se despierta por la noche y me llama para decirme que le duele un dedo...a veces pienso, ¿será posible que me despierte para eso? pero luego pienso que es confianza”(CI-5,6)*

C: “Para mí, sí, porque yo veía que cuando le charlaba y le contaba cosas, se distraía. Yo creo que se olvidaba, o no sé, de su enfermedad. Se sentía bien y estaba contento. Cuando él estaba bien y contento, permanecía tranquilo. Pero cuando no le hablaba porque me ponía a hacer cosas, porque a veces no tenía tiempo para estar charlando, él se ponía nervioso, empezaba a tirar cosas, a gritar, ..” (CI-7)

C: “Yo creo que sí, porque tú ya te adaptas a estar las 24 horas aquí, ya tú haces de esto tu familia mismo. Es más que un trabajo. Yo, por ejemplo, cuando estaba con el señor que yo empecé a cuidar, yo a él lo quería como mi abuelo, por llamarlo de alguna manera, con cariño, sin enfadarme para hacerle sus cosas, que me daba lástima y yo así le decía que me tenía que ir o algo, porque libraba los domingos, y él me decía :que no, que no te vayas, que no me dejes solo... y cuando uno da cariño, recibe cariño” (CI-9)

C: “ Sí, porque uno tiene relación con la persona, y ya lo conoces, ya sabes cómo es, qué reacciones tiene... si la veo que está enfadada, yo la miro a la cara y ya sé qué le cayó mal o qué no le gustó; y si no le gustó la comida, la miro y le digo: ¿qué pasa? ¿Por qué no quiere usted comer? Ya la conoces, ya vas aprendiendo a mirarle los gestos, a ver cómo se comporta. Uno también a veces, me daba tanta pena ayer verla llorar, porque lloraba como una criatura, y yo le decía “ya no llore, ya no llore”; me daban ganas de decir: sana, sana, como a los críos...calma, calma... Me daba mucha ternura verla llorando como un criatura; me daban ganas de abrazarla y decirle que ya pasó, ya pasó...”(CI-11)

I: “¿Piensas que hablar con la persona mayor forma parte de los cuidados?

C: Sí, cura mejor que cualquier medicina o cualquier terapia. Es buenísimo. Yo con el abuelo me sentaba y me contaba sus historias. Porque él se sentía solito, y yo me sentía feliz de oírlo. Y

le hacía preguntas y todo eso. Es buenísimo. Esa terapia es muy buena". (CI-13)

C: "Claro que hablo, para que se ría y todo. Hablar con ella forma parte de cuidarla, y decirle que es joven.."(CF-28)

C:"Es muy difícil comunicarse con él. Tiene arrebatos de gritos; luego le hablo, pero no contesta. De todas formas yo le hablo mucho" (CF-31)

I:"¿Hablas con él? ¿Le hablas?

C: Sí, muchísimo. Sí, le digo:¿sabes quién soy yo, cariño? ¡Ay, mi cariño...ven aquí que te de un beso, mi cariño!" Y le da una risa; eso sí le gusta mucho que se lo haga. Sí, y eso, para dentro y para fuera, cuántas veces voy. Y eso, se queja. Y yo comprendo que cuando se queja, de la forma que lo hace, que es que, a veces, tendrá lagunas en su cerebro, y no se lo que es; porque yo sé, y voy y le digo, "no estás solo cariño, no estás solo, si estoy yo aquí; no me voy a ningún sitio"; eso, millares de veces al cabo del día y de la noche hasta que no lo acuesto. Millares de veces, que se lo hago. Porque esto es más que un crío pequeño, y tienes que acariciarlo mucho y que atenderlo mucho" (CF-34)

C:" Claro, mucho. Yo siempre digo que la voy a volver loca, porque hablo y hablo y ella no puede hablar. Entonces le explico las películas, le digo que ahora te voy a poner esto o lo otro en la tele" (CF-36)

C:" No, no. Sólo dice sí o no. Yo sí hablo con ella, yo sí, hombre. Hay veces que empieza a quejarse, y no le sacas una palabra, entonces es cuando uno se pone un poco más nervioso. Se está quejando y no sabes por lo que es. Yo le hablo, y ella me entiende perfectamente, lo que ocurre es que no puede seguir una conversación" (CF-39)

C:" Sí, mucho. Aunque ella parece que no me entiende. Y a veces, me tiene que decir la auxiliar que me calle...." (CF-42)

Se establece una verdadera comunidad terapéutica en el entorno doméstico. Las cuidadoras inmigrantes ofrecen un discurso en el que se tiene una concepción muy humana del cuidado al mayor dependiente, y parte de ésta se evidencia en la importancia que manifiestan en cuanto al trato o la relación humana como parte del ejercicio del cuidado. Al tratarse de un cuidado completamente individualizado y continuo en el tiempo, se establecen lazos personales que favorecen el desarrollo de ese contacto humano que se desarrolla bajo el modelo de reciprocidad. A efectos terapéuticos del trato humano intrínseco al cuidado informal, no se perciben diferencias entre los beneficios que proporciona el cuidador familiar o el inmigrante. Es evidente que la relación familiar tiene otras muchas connotaciones de muy diverso alcance hacia múltiples dimensiones, pero la comunidad terapéutica conformada en el grupo doméstico funciona eficazmente en ambos casos.

5.5 CUIDADORAS INMIGRANTES.

Arnedo y diversas sociólogas abordaban en los medios de comunicación el actual déficit de recursos, tanto formales como informales, para atender a las personas dependientes de la siguiente forma: *“No basta un poco de solidaridad entre hombres y mujeres: ha llegado la hora de exigir un pacto colectivo de solidaridad social para ayudarnos entre todos a ayudar a los que lo necesitan. Ya sabemos a lo que conduce el que cada uno se las apañe como pueda: solamente se las apañan unos pocos. No es sólo un problema de recursos, es sobre todo un problema de modelo social, de soluciones políticas imaginativas, que no imaginarias o de simple propaganda. Y es que probablemente, esta sea la última generación de mujeres dispuestas a cubrir con el sacrificio de sus proyectos vitales individuales la intolerable carencia de servicios sociales. La formación de jóvenes de hoy no contempla ya, ni hará nunca más, un proyecto de vida basado en la tradicional cultura femenina de la abnegación. Esta situación no da más de sí”* (El País, 9 de Noviembre de 2002)

Estas palabras dibujan con claridad y crudeza un escenario actual marcado por el déficit de recursos, así como las líneas de un horizonte próximo donde la demanda de cuidados por parte de personas mayores dependientes seguirá en aumento progresivo. Según Durán, ésta puede llegar a triplicarse para el año 2050 (Durán 2007).

La incapacidad de los grupos familiares para proporcionar cuidados informales y el déficit de apoyo formal, delimitan una situación en la que se está tendiendo a incorporar a un nuevo perfil de cuidador informal no familiar en los entornos domésticos. El aumento del número de personas mayores dependientes, los movimientos migratorios y la mayor implicación de la mujer en la actividad laboral extradoméstica son coordenadas que identifican el fenómeno actual de aparición de un nuevo perfil de cuidador informal. Esta situación es muy frecuente tanto a modo de sustitución del cuidador principal familiar, como en los casos en los que no hay ningún tipo de cuidado ni apoyo informal, es decir, cuando el anciano está solo y carente de apoyo sociofamiliar.

Se trata de un nuevo tipo de cuidador que Rodríguez lo definía como *“moderno-urbano”* (Rodríguez 1994); surge como una estructura o recurso intermedio entre el dispositivo formal y el informal de cuidados, identificado por Cantor como un recurso *“cuasi-formal”*, en tanto que no se trata de cuidado informal familiar, ni tampoco son cuidados profesionales, pero sí pasan a constituir una serie de actividades y tareas entendidas como un trabajo y, por tanto, monetarizadas (Cantor 1991).

Para conocer mejor el fenómeno del cuidador informal inmigrante, vamos a describir el perfil encontrado en nuestro trabajo de campo.

El perfil medio de la cuidadora inmigrante sería una mujer adulta, joven, de origen sudamericano y rumano principalmente, con situaciones legales dispares (tanto regulares como irregulares), casadas y con hijos, que en la mayoría de casos permanecen en sus países de origen, con formación académica pero no específica en cuanto a cuidados, que prefiere trabajar en régimen interno para maximizar el ahorro y asegurar tanto una vivienda como la cobertura de necesidades básicas. Se trata de un perfil muy similar al del estudio realizado por Berjano (Berjano, Simó & Ariño 2005).

En este perfil de cuidador inmigrante, llaman especialmente la atención tanto las similitudes como las discrepancias respecto al perfil de los cuidadores familiares. Se asemejan en diversas dimensiones como: la condición femenina, la convivencia con la persona dependiente en el mismo grupo doméstico (mayoritariamente), la escasez de ingresos, la desestructuración familiar (el cuidador familiar tiene una red filial que no presta intercambio de apoyo entre cuidadores, y el cuidador inmigrante tiene cierta desestructuración familiar debido al transnacionalismo), maternidad, o la importancia de las creencias religiosas. Divergen en aspectos como la tipología de cuidador, la formación, la edad o el tiempo que llevan desempeñando el cuidado informal. Se perciben más semejanzas que diferencias entre ambos perfiles de cuidador y se desprende la idea de sustitución de los roles del cuidado informal femenino por una nueva generación de mujeres más jóvenes, con mayor nivel formativo, con creencias y valores que permiten perpetuar la dispensación de cuidados informales en los entornos familiares y domésticos, con mucho tiempo disponible para poner en marcha los dispositivos de autoatención, con cierta precariedad económica y, que en conjunto, constituyen una posible solución intermedia ante la necesidad de cuidados informales. Este dispositivo está situado entre el sistema formal e informal de cuidados, y reproduce un modelo tradicional de atención a la ancianidad y la dependencia de corte familista aunque modulado por algunas circunstancias que caracterizan al cambio social actual.

Tabla 5.2 Perfil del cuidador inmigrante entrevistado

PERFIL DEL CUIDADOR INMIGRANTE	
Tipo de cuidador	Cuidador principal (inmigrante)
Edad	Entre 30 y 40 años principalmente. En ocasiones encontramos informantes mayores o más jóvenes
Género	Sólo femenino
Estado civil	Casada y separada principalmente. En ocasiones soltera pero con cargas familiares
Procedencia	Bolivia, Ecuador, Colombia, Venezuela, Honduras, República Dominicana, Perú y Rumanía. (+/-)
Descendencia	Grupo filial de 2 hijos (mayoritariamente permanecen en sus países de origen, sólo en ciertos casos alguno de los hijos está en nuestro país)
Nivel de estudios	Estudios secundarios y universitarios, principalmente
Creencias religiosas	Religión católica, adventista, evangélica, ortodoxa... etc.
Ingresos	En torno a 600 euros (inferior al salario mínimo interprofesional)
Convivencia	Conviven con la persona dependiente en la mayoría de los casos
Tiempo de cuidado	En torno a 2 años
Tiempo en España	2-3 años aproximadamente
Regularización	Principalmente con trabajo, pero con y sin permiso de residencia, o esperando renovación del mismo.

Según La Parra, las familias situadas en los estratos sociales menos favorecidos, con escasos recursos económicos, edad avanzada de la persona responsable de los cuidados y mal estado de salud, se ven con mayor frecuencia en la necesidad de proporcionar cuidados informales a un familiar dependiente (La Parra, D 2001).

Siguiendo estos postulados, podríamos plantear un esquema socioeconómico dicotómico en cuanto a la situación de los cuidadores informales: cuidadores informales familiares con situación socioeconómica desfavorecida frente a cuidadores informales inmigrantes (no familiares) en hogares con situación socioeconómica media-alta, donde se puede sufragar de modo particular dicha asistencia informal.

En este sentido cabe reflexionar que la falta de recursos económicos dificulta en principio la opción de contratar a alguna persona para que desempeñe las funciones relacionadas con los cuidados en el entorno doméstico. A su vez, La Parra también considera que la disponibilidad de cuidados informales determina la distribución de la salud de las personas dependientes (La Parra 2002). Si bien los dispositivos de autoatención responden adecuadamente ante el proceso s/e/a, y por tanto favorecen el proceso de búsqueda de salud, cuando existe un déficit de recursos que permita disponer de cuidados informales, el estado de salud de las personas dependientes se ve ciertamente afectado. Varios años después de las investigaciones de este autor, se han empezado a movilizar las ayudas promovidas por la Ley de atención a la Dependencia, de manera que en nuestro entorno actual podemos encontrar algunos cuidadores informales inmigrantes, no familiares, en grupos domésticos de diversa condición socioeconómica, no sólo media-alta.

La cuidadora inmigrante establece una relación laboral con la familia de la persona a la que cuida, y por tanto, tiene todas las obligaciones de un puesto de trabajo, tales como un horario, un sueldo, libranzas y tareas adjudicadas. Sin embargo, el cuidado informal es una actividad que social e históricamente se ha caracterizado siempre por tener jornadas ilimitadas, escaso o nulo valor monetario asociado, y un sinnúmero de actividades, todo ello circunscrito a la responsabilidad moral de pasar a ser el cuidador principal familiar. Así, el testigo que recogen las cuidadoras inmigrantes las sitúa en una posición de vulnerabilidad e invisibilidad aún mayor que la de los cuidadores familiares, ya que hay que añadir su situación de ilegalidad y difíciles condiciones de vida a las características de desprotección social con que ya contaba el cuidador familiar.

El trabajo de cuidar consiste en *“encargarse de”* las personas a las que se cuida, y realmente no podemos decir que se trabaje de cuidadora sino que se es cuidadora, ya que el trabajo de cuidar es mucho más que la suma de las horas dedicadas a las tareas con la persona dependiente (García Calvente 2004).

La situación de invisibilidad social e intimidad doméstica del cuidado informal proporciona una fácil opción de trabajo para las mujeres inmigrantes ilegales (situación no regularizada), que en muchas ocasiones es la única oportunidad laboral a la que pueden optar, de manera que por muchos motivos, las condiciones laborales de las cuidadoras inmigrantes no son las más adecuadas (bajos salarios, incumplimiento de los derechos de los trabajadores y en los casos de las cuidadoras que están en régimen interno, es decir,

que conviven con la persona a la que cuidan, la jornada laboral no termina, dedicando las 24 horas del día).

Los cuidadores informales inmigrantes, al igual que los ancianos dependientes, son personas situadas al margen social, ocupando una situación de liminaridad que las desprotege y debilita aún más, no estando categorizados ni como apoyo formal ni informal. Turner aducía al respecto que *“los entes liminares no están en un sitio ni en otro; no se les puede situar en las posiciones asignadas y dispuestas por la ley, la costumbre, las convenciones y el ceremonial. En cuanto tales, sus ambiguos e indefinidos atributos se expresan por medio de una amplia variedad de símbolos en todas aquellas sociedades que ritualizan las transiciones sociales y culturales. Así, la liminaridad se compara con la invisibilidad, la oscuridad, la soledad.[..] Su conducta suele ser pasiva o sumisa; deben obedecer implícitamente; [..] Es como si se viesen reducidos o rebajados hasta una condición uniforme para ser formados de nuevo y dotados para hacer frente a su nueva situación en la vida.”* (Turner 1988:26).

Las circunstancias del cuidado informal por parte de mujeres inmigrantes se encuadran dentro del entorno familiar y doméstico, de manera que la mayoría de ellas acaba estableciendo lazos afectivos, casi familiares, con la persona cuidada y los familiares de ésta.

Las personas mayores siguen teniendo expectativas sobre la provisión de un medio afectivo favorable por parte de la familia. En estos casos, la convivencia (régimen interno, por ejemplo) y el parentesco, influyen mucho en la tipología de cuidador y los roles que llegan a asumir.

Dichos vínculos afectivos actúan como facilitadores del cuidado y vienen ligados a una cultura de pertenencia, sobre todo en las cuidadoras de origen latinoamericano, que, además de ser las más numerosas en España, son muy apreciadas por su familiaridad y carácter. Son precisamente ciertas actitudes y cualificaciones asociadas al género femenino tales como dulzura, cariño, trato agradable, etc.. las más valoradas por los ancianos, pero que, sin embargo, no se tienen en cuenta por parte de los empleadores a nivel de mercado laboral, ni tampoco se reconocen como una cualificación añadida que ofrezca más valor al cuidado que realizan (Galiana-Gómez de Cádiz, De la Cuesta Benjumea, C. & Donet-Montagut 2008).

Hay ciertas aptitudes (tales como la paciencia, el detallismo, el cuidado, etc...) que son vistas como naturales a cada sexo, es decir adquiridas de forma innata al nacer, y esto determinará que unos tipos de trabajo sean ejercidos por hombres y otros por mujeres; dicho de otro modo, la supuesta adscripción natural de unas habilidades, destrezas,

cualidades, etc. no consideradas "*aprendidas por adiestramiento cultural*" sino "*dadas*" como "*un don de la naturaleza*", establecerá, de forma unas veces más rígidas que otras, la división sexual del trabajo, clasificando una serie de trabajos como femeninos o masculinos (Téllez Infantes 2001). Con este análisis de las representaciones ideológicas del género, podemos observar cómo se perpetúa en otras mujeres, las cuidadoras inmigrantes, lo que históricamente ha supuesto la división del trabajo en función del género en el entorno social español.

Téllez continúa su discurso teniendo en cuenta que estas supuestas *cualidades naturales*, tanto físicas como psíquicas, determinadas de forma biológica y no aprendida, explicarán los motivos de la existencia de toda una masa de trabajadores técnicamente "*no cualificados*" pero cuya destreza "*natural*" es precisamente la que se necesita (Téllez Infantes 2001). Son precisamente esos valores y hábitos más familistas los que actúan favorablemente a la hora de contratar a una cuidadora inmigrante; pero tampoco debemos olvidar que los países de acogida de la inmigración se benefician del menor desarrollo económico de los países de origen y de menores exigencias laborales

5.5.1 Percepción social del género en relación al cuidado informal por parte de cuidadoras inmigrantes

C: "*Y yo creo que aquí la sociedad, yo veo que la gente evoluciona bien, y trata de cambiar un poco. Contribuirá a cambiarlo todo. La mujer lucha bastante por la igualdad de género, y nosotros trabajamos [...]. Yo aquí lo veo claro, la mujer está relegada. Nos superamos porque los padres nos apoyan, pero en cambio en muchos hogares dicen que la mujer es para la casa y ya le dan estudio a los hijos. Pero eso más bien en el área rural. En la ciudad estudia mucho la gente, la mayoría estudia, la mujer también. Sólo que ya se casan, y esa se queda en la casa, pero sí que tienen un papel más relegado. Como la mujer de aquí no, porque eso se ve mal, y de hecho mi marido y yo tenemos bastantes roces porque ellos quieren imponer lo suyo. Yo quiero enseñarle a mi hija otra cosa. Que no existe allá mucha oportunidad de trabajo, sí es cierto; entonces se prefiere al hombre, mayormente para cosas de dirección. Rara vez que una mujer esté dirigiendo algo; y más cuando es en el campo...es terrible. No sé ahora en cuatro años qué ha pasado porque mi madre dice que ahora bastantes chicas y mujeres se están sacando el carnet de conducir. Que antes se veía raro una mujer al volante". (CI-2)*

C: "*Pues allí, la verdad es que no es tanto como aquí porque allí trabaja menos la mujer que aquí, que todo el mundo trabaja. Aquí no hay distinción, trabaja todo el mundo. En cambio allí la mujer se dedica más a sus hijos que a trabajar. Sí hay mujeres que trabajan, pero muy poco, muy poco. La mayoría en la casa. Un tanto por ciento sí que trabaja pero porque ha estudiado mucho, mucho, mucho, para tener su título, qué se yo, lo que es un enfermero, un doctor, un ingeniero..Y así. Pero lo que es como trabajamos aquí, no. Aquí se puede trabajar en casas, en los almacenes...allí no. Allí sólo hay trabajo para la gente que está muy formada, los que no, no.*

[...] Pues yo la veo bien, porque la mayoría trabaja, tiene su independencia, se desenvuelve sola, no le hace falta un marido ni para desenvolverse ni para vivir. Yo lo veo muy bien. En cambio en mi país es bien distinto. En mi país, una mujer se casa a los 17 ó 18 años y depende de su marido porque como no trabaja, pues depende de él, y tiene que estar detrás de él, no porque la margine sino simplemente que como no tiene económicamente nada, pues tiene que depender de su marido, a no ser que ya tenga un negocio y entonces ya es de los dos. Pero que trabaje el hombre y ella esté en casa, pues depende de él" (CI-3).

C: " De las ecuatorianas a las españolas hay gran diferencia. Aquí son de mentalidad más abierta, o sea, nosotros allá tenemos a nuestros maridos, que están más (señala un puño, más unido, más cercano), pero aquí, cada uno se tiene que buscar la vida; es más independiente aquí. Yo aquí lo veo diferente, es la mujer quien lleva las cuentas; trabajan los dos por ello, compran así, todo bien, todo a medias.

I: "¿Piensas que ser mujer es beneficioso a la hora de obtener el trabajo de cuidadora?

C: Creo que sí, porque todos lo sabemos, cómo son los chicos...sobre todo por la maternidad. Exactamente creo que es por eso. Habrá hombres que sí; aunque tampoco he visto que un hombre cuide a una persona mayor, ni nada de eso. No lo he visto. Pero creo que no tendrían en eso... no sé. Si es un hombre cuidar a una mujer no creo que le hiciera lo mismo que de mujer a mujer. Si es una mujer, tú le haces sus cosas. Pero si es un hombre es que yo no lo veo... no creo que tengan cuidado ninguno en hacerlo" (CI-9)

C: "Normalmente fallecen más los varones mayores y las mujeres quedan viudas. A veces pasamos a depender de los hijos. Los hijos son un poco mayores y las mujeres nos quedamos en la casa, a cuidar de los nietos, a las tareas hogareñas nada más, sin ningún ingreso

I: ¿Da más confianza una mujer de mediana edad a la hora de encontrar un trabajo de cuidadora?

C: Sí, puede ser una ventaja, la de la experiencia. Acá tengo más independencia, tengo más solvencia económica, puedo disponer más de mi dinero. Tengo más libertad.

I: ¿Piensas que ser mujer es beneficioso para conseguir este trabajo?

C: Sí, porque por ejemplo, la hija de la mujer me preguntó qué edad tengo, qué formación tenía. Le dije que tenía formación universitaria; soy contable pero en un caso de primeros auxilios, o no sé...también conozco. Yo he criado a mis hijos; pienso que tengo experiencia ya por la misma edad, que soy una persona más formada; no necesito ir a los bailes ni salgo con parejas; llevo una vida más estable, sé lo que quiero y lo que espero del futuro" (CI-11)

I: ¿Piensas que ser mujer favorece a la hora de que te contraten para este tipo de trabajo?

C: *Sí, porque sé de crianza al haber tenido un hijo, y de llevar la casa*" (CI-14)

I: *"¿Piensas que a una mujer la contratan antes que a un hombre para cuidar a una persona mayor?*

C: *Sí, porque se lleva dentro..."*(CI-25)

Aún pretendiendo defender el trabajo femenino, en cierto modo se descalifica el trabajo del entorno doméstico, ya que siguen siendo minusvalorados e ignorados en gran medida los cuidados informales dentro de una categoría inespecífica tal como "*trabajos manuales*".

Existen estudios que describen los patrones de ayuda y apoyo informal llevados a cabo en América Latina, los cuales reflejan una tradición de intercambio de servicios y actividades dentro de la casa. En ellos, la convivencia intergeneracional se perpetúa hasta nuestros días, y se cuantifica como muy bajo el coste de la provisión de este tipo de cuidados informales, ya que la figura de la mujer suele permanecer dentro de la unidad doméstica y no suele desempeñar actividades laborales fuera de ella. Además, no suele identificarse una única figura de cuidador, que aquí sería el cuidador principal, sino que existen diversos cuidadores familiares (hijas, hermanas, nietas...) que apoyan activamente esta tarea (Trujillo, Mroz & Angeles 2007).

Podríamos hablar de relaciones de reciprocidad, entendida ésta como un tipo de relación de intercambio entre iguales, que debe darse para que exista ayuda mutua (Canals 2003). Sin embargo, la reciprocidad puede darse entre desiguales, como es el caso de la relación cuidador/persona dependiente, alimentando a su vez, relaciones de dependencia. En este sentido, aludimos más bien al concepto de redistribución que de reciprocidad, en tanto que en la redistribución subyace implícitamente alguna forma de acuerdo o contrato (Terradas 2001). En nuestra sociedad, los sistemas de protección y bienestar social han sido construidos a partir de la redistribución. En la atención a las personas dependientes se evidencia la falta de cobertura de las necesidades sociosanitarias por parte del sector público; es ahí donde los cuidadores inmigrantes suplen al Estado y a la familia en la prestación de servicios, llevando a cabo el mantenimiento de "*hábitos de ayuda mutua*" (Canals 2003:80) Podemos hablar de ellos en tanto que existen manifestaciones acerca de la compensación a nivel personal que supone para los cuidadores inmigrantes este tipo de actividad, que va mucho más allá de la compensación económica, y guarda una estrecha relación con los roles que adopta este perfil de cuidadoras. Este hecho (adopción de roles), explica en gran medida el conjunto de competencias que desempeñan dentro de la unidad doméstica y la responsabilidad en la toma de decisiones de la cuidadora inmigrante.

A nivel de compensación personal, no se aprecia gran divergencia entre las referencias del discurso de las cuidadoras familiares e inmigrantes. De hecho, Martínez

Buján ya identificó este hecho en sus estudios afirmando que 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 2009: 59).

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2007), el mayor contingente de mujeres inmigrantes dedicadas al servicio doméstico o directamente al cuidado de mayores, procede de los países de América Latina. Estos datos sugieren que las mujeres inmigrantes de estos países siguen encontrando en este tipo de actividades un verdadero yacimiento de empleo que posibilita una llegada y una permanencia en el país durante los próximos años, incluso a pesar de las circunstancias actuales marcadas por la crisis económica, que como es sabido, ha frenado el efecto *pull* que ejercía España frente al movimiento migratorio.

Inmigración y cuidados a mayores se convierte en un binomio emergente que es necesario analizar. Nos planteamos si esta solución intermedia es un fenómeno meramente coyuntural o si continuará desarrollándose y llegando a mayores niveles durante los próximos años.

5.5.2 Motivaciones, fuerza de trabajo y rol de cuidadora principal inmigrante

Marx arguyó que la reproducción de la fuerza de trabajo era uno de los factores principales de continuidad y expansión de la sociedad capitalista. Los análisis marxistas apuntan hacia los mecanismos de reproducción de la fuerza de trabajo como elemento crucial del análisis del capitalismo (Ribas 1999). Así, se sigue considerando que mientras el Estado tiene funciones como la sanidad, la mujer tiene las del mantenimiento de la familia y el trabajo doméstico.

Este planteamiento nos sirve como base para utilizar la reproducción de la fuerza de trabajo en el contexto de los movimientos migratorios de las sociedades capitalistas, de manera que el enfoque se asienta en considerar la reproducción social como útil analítico para mostrar cómo las estructuras del mercado laboral y de las clases sociales de los países de origen se reproducen en el país de destino. Y precisamente es este fenómeno el que observamos en nuestra etnografía, la figura de una mujer que constituye la fuerza de trabajo doméstica dentro de la familia para circunscribirse en otro entorno doméstico, dentro de otra familia, para continuar desarrollando, produciendo y reproduciendo esa misma fuerza de trabajo que desarrollaba originariamente en aquellos huecos

abandonados por las mujeres en nuestro entorno actual, para que la estructura social y de mercado continúen desarrollándose en las nuevas líneas del capitalismo europeo.

I: "¿Crees que tu trabajo tiene estabilidad? ¿cuántas horas dedicas al día?"

C: Sí, bueno, como vivo allí, es casi todo el día. Pero bueno, estoy con mi hija. La persona mayor ensucia poco la casa, porque está en la cama. Lo importante es que esté bien atendida, aseo, comida, y ya nos sentamos para que salga de la rutina, hablar, darle cariño. Eso es más importante que realmente por lo que me pagan a mí. Eso me recompensa lo que yo hago. Que esté bien, que se trate como persona, como me gustaría a mí que me trataran cuando sea viejita, que no sé si estaré aquí o quién me cuidará, y ya el demás tiempo es para mi hija y mi marido, que tengo bastante tiempo. Como la abuela está sentada, pues yo estoy mientras tanto bañando a mi hija, preparando la cena...es un trabajo que me da muchas satisfacciones. Y además no podemos salir, porque la abuela no se puede quedar sola. Ella tiene Alzheimer y también una trombosis, pero en cambio es una cosa como que no puedes dejar a un hijo. Ella tiene sus barandillas puestas y si quisiéramos nos iríamos un rato, pero no, si le pasara algo no me lo perdonaría (CI-2)

I: ¿Era ser cuidadora tu ocupación principal?

C: Sí, claro

I: ¿Por qué empezaste a trabajar como cuidadora?

C: Pues porque, no sé, porque es un trabajo que no requiere ser ni médico ni nada, no tienes por qué tener una formación, o bueno, una profesión. Pues eso, porque como no tenía una formación o porque a lo mejor lo que se estudia allí tampoco se puede imponer aquí, es decir, que uno se plantee yo he estudiado allá esto, sé de esto y voy a trabajar en España en esto. Y por eso, por las circunstancias y tal. Porque yo tampoco puedo decir que yo a las personas mayores no las soporto. No puedo decir eso, es como decir que a los niños tampoco los soporto, no es eso. Yo me llevaba bien con las personas mayores y no he tenido problema.[...] Pues por ejemplo, si ella me necesitaba por la tarde, pues me quedaba toda la tarde con su padre ahí, hablando con él, dándole la merienda, su medicamento, la cena; igual, si trabajaba por la mañana, pues yo iba a las 9, le daba su desayuno, y cambiarlo, lavarlo y todo eso."(CI-3)

I: "¿Es ser cuidadora vuestra ocupación principal?"

C5: No nos da tiempo a otra cosa. Antes, los fines de semana trabajaba en un locutorio y eso. Pero es que no nos da tiempo a más.

C6: Es que ahora no tenemos ni los fines de semana, porque hay que estar en casa con los nenes de mi hermana; hay que ayudarle

I: ¿Se reparte el trabajo con el anciano?

C5: *Ellos supervisan por teléfono o vienen a echar una mano...o a comer, o alguna cosa así. Pero ayudar, lo que se dice ayudar...Yo podría decir que sí me ayudan porque tengo 5 horas libres por la mañana, pero realmente, en esas horas tengo que ir a casa de los hijos (el hijo, la nuera y 3 niños), o sea, lo que es una casa, poner lavadoras, planchar, hacer la comida...todo".* (CI-5,6)

I: "Cuando estabas interna, ¿era cuidar de la persona mayor tu ocupación principal?"

C: *Sí, nada más eso [...]. Yo creo que debía tener al menos un día y medio libre, porque aquí, nadie me ayudaba. Tampoco quería ser rebelde; les caía bien y tampoco me importaba. Pero aquello era como estar esclavizada, porque quieras o no, la persona que está ahí se deprime [...]. Yo me sentía muy mal. Y yo decía, ¿es que no lo ven, sus hijos? Ellos les han dado a sus hijos tanta riqueza, los han criado y ahora....Yo veo gente que tiene hasta 5 pisos, o 3 pisos, tierras por todos lados. Y yo me pregunto, ¿por qué no cuidan a su padre? ¿Por qué no lo atienden? Por qué sólo los dejan con la persona que pagan? Es que no pasaban ni siquiera a decirle, "Papá, ¿cómo estás?", a darle un beso, a abrazarle; sólo pasaba como si la persona no existiera, y eso me caía mal, me daba rabia como si yo fuera su algo. Yo, a veces, hasta "cariño" le decía. Yo no era nada de ellos, y a veces le daba un beso en la frente y le preguntaba, "¿Cómo está? ¿Está bien? ¿Qué quieren comer?"..pero ellos nunca le preguntaban. La mayor parte de las veces, quien lo preguntaba era yo. A veces, me decían, que querían dar una vuelta, Pues venga, vamos. Les sacaba y nos íbamos a dar una vuelta; o también ocurría con su baño. Era algo gris y doloroso".*(CI-7)

C: "Yo he conocido gente, donde trabajé anteriormente cuidando también a una persona mayor. Ese sitio era, para qué decirte, como una madre, buenísima, ¡encantadora! Cuando me quedé embarazada, contentísimos; tenían tres hijas, pero las mayores, eran mayores que yo y no tenían hijos, ni nada. Entonces ella decía que mi hija era como su nieta. Me trataron muy bien.

I: ¿Crees que tu trabajo es estable?

C: Sí

I: ¿Le dedicas el día entero, no? Como vives con la persona que cuidas..

C: Claro".(CI-9)

C: "A mí me gustaría poder hacer algún curso de cuidado para ancianos donde enseñen los primeros auxilios, su alimentación,...Yo ya sabía primeros auxilios de antes, no porque haya recibido formación ahora en una escuela. Yo fui con esta necesidad de que yo quería matricularme para hacer ese curso; algo más especial para el trabajo que yo quería hacer. Yo quería cuidar ancianos, pero quería tener una formación previa para ello, y no lo puede hacer

bien. Incluso, fui a la Cruz Roja, a preguntar si yo podía hacer algún curso sobre primeros auxilios para personas mayores, pero tampoco me lo permitieron porque no tengo la tarjeta". (CI-11)

C: *Interna no me gustaría porque me moriría de tristeza. Yo no puedo. Yo antes estuve como ahora pero a veces me quedaba en la noche porque la abuela no tenía quién la cuidara. Y aún así casi me pasa factura la salud. Ay, sí, imagínese, yo tengo un problema: que yo veo a alguien sufriendo y yo también sufro, y me cargo ese sufrimiento para mí. Entonces, en realidad no me hacen bien. Entonces eso es lo que pasaba con la señora. Lo que a mí me mataba era todo eso, que me decía la señora, los hijos que no la visitaban, todos los días llegaba quejándose, "es que mi hija, es que mi hijo, no se qué..." Me iban a matar. Yo me venía y luego la llamaba. Para mí era muy trabajoso dejarlos ahí solos, en un piso, votados. Entonces eso, eso, pienso que no, no, eso no. Eso no debe ser. Todos somos humanos; y si uno cuida a un perro, lo bañas, lo traen, lo pasean y todo eso...aún más a un ser humano". (CI-13)*

C: *"El hijo, cuando iba de camino para la casa los sábados, me llamaba y me decía que si quería ya me podía ir, que él iba llegando. Pero yo pensaba, bueno, son las 3 de la tarde, pero ¿y si no llega?. Yo le decía..."No, doctor...no me voy". Un día es que me avisó a las 3 ¡y llegó a las 11 de la noche! Yo, sin que me pagara más ni nada, yo me dedicaba a mi trabajo. Yo le cogí un cariño a ella como el que ella me cogió a mí". (CI-15)*

En cuanto a los motivos para ser cuidador, cabe destacar la ausencia de otras opciones para mujeres que acaban de llegar, especialmente agravada por la ausencia de regularización a efectos legales.

C: *"Porque es lo que había más, lo primero que hay es eso. Además como esta lo de los papeles pues no te quieren agarrar en ningún lado, pues vas a lo primero que hay. Eso hay mucho, es lo que más hay y los que vienen ya no quieren ir ahí porque le dicen "no te imaginas lo que tienes que soportar... y eso". Es gente que está cansada de vivir. No sé, pienso yo eso. A veces nos reunimos a hablar gente que cuidamos y decimos eso que ya están cansados de vivir y estar dependiendo de una persona les fastidia más todavía. Y bueno la verdad aún cuando sabemos que es duro cuando uno recién llega opta por eso porque tiene que trabajar". (CI-20)*

C: *" Porque al principio no tenía papeles y lo único que me salía era para cuidar a personas mayores".*

Según Berjano, Simó y Ariño, los motivos por los que las cuidadoras realizan esta actividad son principalmente la necesidad, el poder saldar deudas en su país de origen, dificultades para encontrar otro trabajo, ayudar a la familia en su país, situación de irregularidad, haber realizado ese trabajo con anterioridad y satisfacción en el cuidado de las personas mayores (Berjano, Simó & Ariño 2005).

5.5.3 Roles del cuidador inmigrante

Observamos que existe una asunción del rol de cuidador principal por parte de la mayoría de cuidadores inmigrantes; este aspecto suele coincidir con la ausencia o déficit de apoyo por parte de otros cuidadores secundarios, en este caso, familiares. El cuidador inmigrante asume por completo la responsabilidad del cuidado de la persona dependiente, desempeñando las funciones que tradicionalmente se han atribuido a esposas e hijos. Constatamos que existe una sustitución del rol filial en el cuidado informal por parte de las cuidadoras inmigrante; éstas, al representar la figura del cuidador principal, también presentan las mismas necesidades, problemáticas y limitaciones que los cuidadores informales familiares. Sólo encontramos tres casos en los que no se asumía el rol de cuidador principal sino el de cuidador secundario, quedando establecida por parte de la familia toda una red de apoyo entre cuidadores; no obstante, hay un predominio de cuidadores principales inmigrantes frente a secundarios con bastante déficit de apoyo por parte de otros cuidadores y de la familia. Este hecho, caracterizado por los cambios en el grupo doméstico, también propicia una transformación en la estructura familiar. Abordamos a continuación los roles de la cuidadora inmigrante en relación a las nuevas estructuras familiares

I: "¿Cuál es tu papel en la casa? ¿Qué haces en la casa?"

C: Mi papel, de todo. De ama de casa, de cuidadora, de todo. No me veo que trabaje como de empleada de hogar. Lo digo porque como estoy en "mi casa", el hogar no representa para mí un trabajo. Ella es una abuela. No implica sacrificar a mi hija, ni a mi marido ni a nada." (CI-2)

C: No de la criada ni de una persona que esté limpiando...es como de una nieta, porque así me consideran, no de que estoy en mi trabajo; es como que sea de la familia. Comemos juntos, si tengo que salir, salgo...eso sí me gusta mucho. Hombre, es verdad, que sí me gustaría tener otro trabajo mejor porque a mí, no aquí, pero me han hecho muchos desprecios y me han humillado bastante, porque no hace falta que te lo diga todo el mundo, pero cuando hay 3 personas que te lo han hecho, no quisiera que me lo hagan más. Y yo siempre tenía esa idea cuando estaba trabajando, decía "Dios mío, que nunca me toque un trabajo, que me hagan sentir la criada de la casa", estando tú aquí y ellos allá, y te traten así...no sé. Aquí, gracias a Dios, no. Comemos juntos, preparan comida para mí..." ¿Qué quieres comer hoy?...hemos pensado hacer esto...y yo intento también darles lo que ellos no tienen, cariño, conversación...son personas agradables. Yo creo que tú das para recibir. Si fueran estúpidos, ellos o yo, no vas a recibir nada. Te tratarían así...mal. Yo, primero, cuando llegué, como soy un poco seria, me decían "¿te pasa algo?" y yo "no, es que yo soy seria". Al estar con tres personas, me sentía como observada; cualquier cosa, cuando iba a hacer mis cosas, me daba así como vergüenza. Pero con el tiempo,

como que eres de la casa" (CI-9)

I: "¿Cómo os repartíais el trabajo con la señora mayor?

C: Sí, yo hacía todo. A ella le daba los medicamentos, la paraba en la mañana, la lavaba, la vestía, le daba el desayuno...sí todo, todo se lo hacía yo.

I: ¿Y si necesitaba ayuda en un momento determinado? ¿A quién acudía?

C: A nadie, porque no había nadie. El abuelito no podía tampoco, llevaba bastón. Allí no había nadie. En esa casa ellos vivían los dos solitos.

I: ¿Hubo alguna vez algún problema?

C: Yo decidía todo: qué hacer de comer, todo, todo...llevaba la casa como si fuera mía" (CI-13)

C: "Y esa paciente era mía, porque él me la dejó en mis manos. [...] Un enfermo no necesita solamente que le hagan la comida, sino que le den cariño, y estar pendiente de los medicamentos, que a veces toman como 20 pastillas al día, que si se acababan no iba a esperar que viniera el hijo; yo me iba a la farmacia y después luego, ya. Si no había comida, iba y compraba yo con mi dinero. Él a veces se iba a EEUU un mes y me dejaba a su madre, que eso nadie lo hace, porque confiaba en mí. Él siempre me lo decía: mi madre ha durado porque tú la cuidas demasiado". (CI-15)

La cuidadora inmigrante asume completamente el rol de cuidadora principal, sustituyendo así al cuidador familiar en todas las dimensiones del cuidado y de la relación humana. Se erigen como sucesoras de esposas e hijas en cuanto al cuidado informal de personas dependientes, reproduciendo a nivel doméstico un esquema tradicional de cuidados y manteniendo una cierta continuidad en cuanto a tareas y competencias feminizadas, entre el país de origen y el de destino. Siguen siendo "las mujeres de la casa", las "eternas cuidadoras", que se ocupan de las necesidades de otros hogares distintos al suyo.

El trabajo como cuidador informal por parte de una mujer inmigrante genera muchas y diversas sensaciones que van de la frustración a la satisfacción. A veces, sienten una verdadera frustración personal debido a que poseyendo estudios superiores (en nuestro caso podemos hablar de economistas, informáticas, maestras, etc.), no han tenido otra opción que dedicarse a la actividad de cuidado de personas mayores para permanecer en España. Los prolongados horarios y la percepción de cierta explotación también asalta a las cuidadoras inmigrantes de nuestro estudio, pero a la misma vez, hay demostraciones de desarrollo de afecto por la persona dependiente que cuidan, aspectos en que coinciden con los hallazgos de Berjano (Berjano, Simó & Ariño 2005).

El trabajo de la cuidadora inmigrante se mueve en el marco de una compleja dialéctica basada en la síntesis difícilmente reconciliable entre la búsqueda de un soporte

económico satisfactorio y la vinculación emocional. En este aspecto coincidimos con Rodríguez, ya que nuestras entrevistadas llegan a aceptar situaciones y condiciones de trabajo muy precarias e incluso pésimas si en el lugar de trabajo pueden sentirse como en su propia casa, con sentimientos de familiaridad, lástima, obligación o integración (Rodríguez Rodríguez et al. 2010).

Según Moreno, el fenómeno de la aparición del perfil de mujer inmigrante como cuidadora informal se correlaciona con la fase de habituación incluida en el propio proceso migratorio (Moreno Preciado 2008). Sin embargo, en nuestra etnografía hemos analizado un fenómeno que no se corresponde con lo que describe dicho autor, ya que los relatos de la mayoría de cuidadoras inmigrantes aluden a un déficit de integración social, que contrarrestan con una gran adaptación al invisible entorno doméstico, aspecto que comentamos en el capítulo dedicado a inmigración. Sin embargo, confluimos en la potencialidad de las cuidadoras inmigrantes a nivel de enriquecimiento de la práctica de los cuidados.

La dinámica del cuidado informal desarrollado por cuidadoras inmigrantes es prácticamente igual a la del cuidador familiar, de manera que la sobrecarga del cuidado que queda liberada para los familiares, es transferida a esta nueva figura de cuidadora. Este es uno de los aspectos en los que se evidencia la sustitución de roles que observamos en la etnografía, y que relacionamos con las necesidades del cuidador inmigrante.

5.5.4 Necesidades del cuidador inmigrante y déficit de apoyo

La figura del cuidador principal precisa apoyo independientemente de que la desempeñe un familiar o un inmigrante; ambos forman parte del grupo doméstico y presentan las mismas necesidades y limitaciones. La etnografía presenta cierta desprotección y sobrecarga del cuidador inmigrante en este sentido.

I: " ¿Piensas que puedes llegar a tener un problema de salud a raíz de tu actividad de cuidar?

C: Sí, sí. Físicos, dolores de espalda. Si yo quisiera la tendría todo el día acostada, pero prefiero sentarla y luego por la noche mi marido me ayuda a acostarla. Sí. Yo antes también creo que tenía una depresión, pero ahora no la tengo. Desde que nació mi hija, no me deja tiempo para deprimirme. No me deprime la abuela, eso no. Hay veces que como no tenemos con quien dejar a la abuela, pues salimos muy poco. Por ejemplo no hemos ido ni una sola vez este verano a la playa. Y si salimos, pagamos nosotros a una persona que se quede. [...] Es también función del centro de salud, del enfermero, de hacer visitas para ver a los abuelos, y de capacitar a los cuidadores del sector, no sé, algún tipo de estímulo, de actividad, aunque sea un día de camping

para los cuidadores. Es que es absorbente. Es que tienes que dar toda la atención a la persona, todo el tiempo. Y a ti nadie te da nada.

I: ¿has tenido problemas de sueño?

C: Sí, cuando la abuela se cayó de la cama, ¡ay madre mía! Es que yo vi al antiguo abuelo morirse, y le inicié RCP. También vi morir a mi padre también, pero fue en otra circunstancia. Estuve sin dormir una semana. Y cuando la veo así, peor, que me creo que se va a morir, también se me quita el sueño. Pero ya se me va pasando. Voy controlando un poco más. Pero que no hay nada, el médico no te da nada para que estés preparado. Yo siento a veces, que no estoy capacitada porque es una persona, entonces debes saber bien lo que haces. Además, psicológicamente debes estar bien preparado, porque los cuidadores pueden enfocar sus frustraciones en los abuelos. [...] Nadie me ayuda. Ni un fin de semana, ni un domingo. Pero me recompensa doblemente porque tengo a mi hija las 24 horas del día, y nadie le prohíbe que grite, que tire juguetes, o si mi marido quiere estar sentado o acostado. Vivimos como en familia.

I: apoyo de cuidadores ¿nulo?

C: sí, claro

I.: ¿has tenido algún enfrentamiento con el hijo respecto a no ponerte de acuerdo en los cuidados?

C: Él no me lo ha dicho, me lo ha dicho la chica anterior, que él no quería que yo le alargara la vida a su madre. Yo entonces le dije que yo no le hacía nada salvo lo que a mí me gustaría que me dieran después. Pero en eso yo paso de él, porque como sé que lo que estoy haciendo está bien, pues se lo digo, se lo explico" (CI-2).

C: "Llegué a la Arrixaca casi inconsciente, porque empecé como a desmayarme, mi cuerpo se adormecía, y llegué allí y me pusieron en seguida oxígeno. Me hicieron electrocardiograma; el electro estaba bien, y la enfermera me dijo después que me había dado un ataque de ansiedad; entonces llegó una psicóloga y me empezó a preguntar cosas...y yo lo único que hacía era llorar y llorar; pensaba en mi hija y lo único que hacía era llorar. Y decía, Dios mío. Entonces ella me decía, "deja de llorar, Tienes que pensar en tu hija. Si te pasa algo, ¿quién va a cuidar de ella?" y yo mal. Entonces me dieron pastillas para que me fuera tranquilizando , para que fuera tomando y que tenía que estar 8 días sin trabajar, en casa, tranquila. "Con este papel que yo te voy a dar, se lo enseñas a tu jefa, y tú no puedes trabajar durante 8 días. Tienes que estar tranquila y relajarte". Me parece que me afectó y ahora tengo una pequeña alteración cardíaca, y bueno, el médico también me dice ahora que tengo que estar muy tranquila. Pero de ese tiempo a aquí, ya he estado mejor. Seguía llevando ese estrés que yo llevaba de vida así...Como estaba acostumbrada yo a estar así, pues no me afectaba mucho [...]. No, yo no. Estoy tranquila, estoy muy bien. Desde que estoy en su casa no me he vuelto a poner mala de la gripe ni nada, que antes me daba mucho, con fiebre. Desde que estoy en su casa, mi hija y yo, estamos

muy bien, no me afecta para nada. Cuando se puso ella así, que estaba con la cabeza perdida, sí que hubo un momento que me puse mal, que me sentía nerviosa. No podía estar tranquila, porque por ejemplo, yo estaba en la cocina y la oía a ella que estaba por ahí, y me daba un sobresalto... Sus sobrinos se dieron cuenta, y me dijeron, "Ana, yo creo que tú no estás bien y que esto no hay quien lo aguante" Ellos se quedaron un día con ella porque yo me fui de vacaciones y se quedaron ellos con ella y dijeron que "eso no hay cuerpo humano que lo aguante", me dijo el sobrino; dice "yo creo que tú no sé si vas a poder seguir". Yo dije, "no pasa nada, si no es todos los días así; es solamente cuando ella se pone en esa situación". Claro, de ser otra persona, yo habría dicho "ahí que se quede, yo no tengo por qué estar aguantando, ¿no?". Pero yo veía que ella me necesitaba, que yo tenía que estar ahí porque si no la iban a llevar a un asilo también" (CI-4)

I: "¿Hacéis alguna actividad de ocio?"

C: *Los fines de semana toca lavar mochilas, hacer deberes, preparar la ropa, arreglarla y cosas de esas. Pero antes de estar aquí los niños sí que íbamos a la playa. Bueno, como de veraneo nos vamos con la gente que trabajamos, también nos vamos a la playa a donde sea. Nosotros eso sí lo conocemos. Si tenemos tiempo, salimos con los chiquillos, pero más en verano. Yo cogí una depresión que estaba para matarme cuando se murió el abuelo. Es verdad... Mi hermana lloraba y estaba vestida de luto. Su familia, sin embargo, estaba pensando que la casa que hay junto al Corte Inglés se ha vendido en 300.000 euros...y ellos pensaban en eso" (CI-5)*

C: *"Para mí nunca fue difícil; la señora estaba muy mal ya. Lo hice lo mejor que pude. Nunca me dijeron nada. No me dijeron nunca que estaban contentos ni para que yo me sintiera contenta por lo que hacía.*

Yo creo que debía tener al menos un día y medio libre, porque aquí, nadie me ayudaba. Tampoco quería ser rebelde; les caía bien y tampoco me importaba. Pero aquello era como estar esclavizada, porque quieras o no, la persona que está ahí se deprime". (CI-7)

C: *"Hay días, por ejemplo, que de pronto me entra nostalgia, que te vienen deseos de salir a la calle, de estar un momento con tu gente, o aunque sea irte un momento al comercial, a distraerte un poco, y como que uno no puede. Pero es el hecho de estar interna. Cuando estás interna, como estás las 24 horas del día allí, no puedes salir en el momento en que tú quieres. Para salir yo tengo que decirle si me puede dar media hora de permiso y decirle cuándo vuelvo exactamente. A veces, la mujer me dice que no, que no, que me tengo que quedar, que qué se yo lo que le puede pasar a ella en ese rato. Entonces, de acuerdo a su humor también, ¿no?... El hecho de estar interna te da la sensación de estar encerrada. A mi marido le decía "estoy en una jaula de oro". Tengo todo aquí pero no puedo salir. "¡No puedo salir!", le digo. Porque sólo salgo con ella, cuando ella necesita salir. Antes salíamos más seguido, todos los días salíamos*

una hora para que pueda caminar un poco, pero esta temporada que hace más frío, salimos muy poco. Hay un momento que miro a la ventana, me asomo al balcón, miro por aquí, miro por allá, pero como que te sientes presa; y no puedes salir. Son ciertas limitaciones, ¿no?” (CI-11)

C:” Interna no me gustaría porque me moriría de tristeza. Yo no puedo. Yo antes estuve como ahora pero a veces me quedaba en la noche porque la abuela no tenía quién la cuidara. Y aún así casi me pasa factura la salud. Ay, sí, imagínese, yo tengo un problema: que yo veo a alguien sufriente y yo también sufro, y me cargo ese sufrimiento para mí. Entonces, en realidad no me hacen bien. Entonces eso es lo que pasaba con la señora. Lo que a mí me mataba era todo eso, que me decía la señora, los hijos que no la visitaban, todos los días llegaba quejándose, “es que mi hija, es que mi hijo, no se qué...” Me iban a matar. Yo me venía y luego la llamaba. Para mí era muy trabajoso dejarlos ahí solos, en un piso, botados. Entonces eso, eso, pienso que no, no, eso no. Eso no debe ser. Todos somos humanos; y si uno cuida a un perro, lo bañas, lo traen, lo pasean y todo eso...aún más a un ser humano [...]. Eso sí me estaba pasando a mí. Me estaba poniendo depresiva, y muy triste. De ver la soledad de ellos; eso me mataba a mí” (CI-13)

C:”Si me da un dolorcito de cabeza o algo, pero no otra enfermedad grave o así... bueno, sí, tuve una depresión después de morir la señora. Estuve tomando un medicamento para eso y todo, pero después ya me he recuperado [...] Sí, sí. A mí me dio una depresión que me aumentó cuando murió. Yo estaba muy a gusto con ella. Ella no escuchaba tanto, pero yo ponía música. Me levantaba temprano y le hacía todo, comíamos juntas; me adapté a la comida de ella, sin sal o con poca grasa y lo único que cogí unos kilitos más pero fue por el antidepresivo que me mandaron. La cuestión del sueño era fatal. Eran las 2 de la mañana y ella, “Norma, Norma...” Dormíamos una arriba y la otra abajo, pero al final puse una colchoneta en el suelo y dormía junto a ella. Ya te digo, me tan duro la muerte de esa señora, que cuando murió, me dijo su hijo, “tómame una semana” y me fui a mi casa. A los 3 días me vine pensando que me quería ir con mi hermana mayor, pero como no tenía papeles aún no podía viajar. Estuve en la playa, tranquila. Hasta que no lo ves no lo crees” (CI-15)

C:” Una vez se me cayó en el aseo y lo hice como pude, ¡me dolió la cadera, madre mía! Pero yo le pedí ayuda a su hijo y me dijo que él no podía ayudarme y que hiciera todo lo posible por alzarlo y eso porque yo le dije que me había lastimado y el me dijo que me podía pagar el fisioterapeuta que yo vaya y que me de masajes y eso. Yo le dije que el caso no era ese, que necesitaba una persona que me ayudase. Otra vez se me cayó en el salón y lo dejé tumbado en el suelo, porque desde aquella vez que me hice daño yo no lo volví a levantar en peso. Entonces lo dejé allí, comí y me fui a llamar al marido de la mamá de la niña que tenía un quiosco como a unas cuatro calles de donde yo estaba para que me ayuda” (CI-20).

Según Moral Serrano, la variable que más impacto tiene sobre la ansiedad y depresión del cuidador es el esfuerzo de éste, en detrimento de otras como el grado de parentesco, la incapacidad física del enfermo, el tiempo dedicado al cuidado o el tipo de enfermedad de la persona dependiente (Moral Serrano 2003). Este hallazgo respalda

nuestro planteamiento acerca de los riesgos que supone para la cuidadora inmigrante el asumir el rol de cuidador principal, sea familiar o no de la persona a la que cuidan.

Tanto las condiciones que implica la asunción de responsabilidades de cuidado como las consecuencias del proceso migratorio hacen que la mujer cuidadora inmigrante tenga una situación de desarraigo, desamparo social, pérdida de elementos significativos (identidad, familia, amigos, red social, cultura, idioma...) que en muchas ocasiones acaba desencadenando cuadros depresivos (Gallart Fernández-Puebla 2007).

En muchas ocasiones el salario es insuficiente, el número de horas de trabajo extremo, no hay descanso, y no tienen más remedio que resignarse y aceptar la situación como un periodo de tránsito, donde el abuso y la explotación favorece, además del efecto del propio duelo migratorio, el desarrollo de trastornos ansioso-depresivos.

La sensación de inestabilidad es otro factor que actúa en contra del bienestar de la cuidadora inmigrante, ya que el trabajo depende de la vida de la persona mayor.

Una de las necesidades que acucian las cuidadoras inmigrantes es la formativa sobre temas específicos en relación a los cuidados que determinadas enfermedades requieren. La situación de irregularidad impide el acceso a actividades formativas desde cualquier organismo o entidad pública (algunas ONG's sí proporcionan soporte formativo independientemente de su regularización). Así, la imposibilidad de formarse en el ámbito de los cuidados hace que este trabajo se abandone en la mayoría de casos cuando se regularizan, habiendo gran rotación laboral en el sector.

En caso de poder normalizar la formación al respecto, en lugar de abandonar esta actividad tras la regularización, podrían encaminarse hacia la profesionalización en este sector de trabajo. Pero para ello resulta necesario que se regule profesionalmente, con distintos niveles, el cuidado a personas dependientes. Si se regulan perfiles profesionales para el ejercicio y soporte del cuidado informal, no sólo se regula la formación, sino que supone un reconocimiento económico sin precedentes del cuidado informal. El problema sigue existiendo en tanto que no se ha profesionalizado el sector, y por tanto, no se ha regulado la formación del mismo, además de que las mujeres inmigrantes irregulares seguirían sin poder acceder a dicha formación a menos que cambiase la legislación vigente de extranjería.

Existe una propuesta que aborda este tema recogida en el Libro Verde sobre la fuerza laboral europea para la sanidad. Como decimos, es una iniciativa que está pendiente de ser desarrollada, en la que se abordan distintas estrategias para asegurar la disponibilidad de profesionales sanitarios a diferentes niveles para atender las

necesidades de salud de una población europea que envejece rápidamente. Entre las estrategias que maneja, se recoge una que refiere a los cuidadores, señalando lo siguiente:

“Quizá haya que desarrollar nuevos currículos educativos en algunos estados miembros con el fin de llevar a cabo una transición desde un movimiento en el que se confía en cuidadores informales a uno en el que éstos reciben una formación y un título reconocidos” (Consejo General de Enfermería, 2008).

Este principio-guía es bastante difuso y de él no se desprende seguridad sobre la ejecución, ni a nivel normativo ni formativo. En un momento actual marcado por la crisis económica, en el que la mayor parte de los países no pueden ampliar las coberturas sociales sino más bien llevar a cabo un ejercicio de recorte al respecto, las expectativas no son muy positivas al respecto. No obstante, como decíamos anteriormente, las mujeres inmigrantes no regularizadas quedarían de nuevo excluidas, reproduciéndose el esquema de invisibilidad, falta de reconocimiento y precariedad en un círculo cerrado tendente a retroalimentarse.

Como aspectos positivos de este Memorándum, podemos señalar la consideración de la diversidad cultural, planteándose personalizar los programas de reclutamiento y formación para atraer a quienes proceden de culturas diferentes de manera que la fuerza laboral refleje la composición étnica de las poblaciones que reciben sus servicios.

5.5.5 Percepción social de la cuidadora inmigrante desde la perspectiva de los cuidadores familiares

C: “No son lo que aparentan. Al tratarlas, no es lo mismo que crees ver. Yo ahora mismo lo estoy demostrando aquí en Cáritas. Ahí hay unas chicas que yo me creía que eran de una manera, y no. Las hay menos activas, otras más, algunas son demasiado pasivas, hay de todo. Pero como las españolas no. Esa es mi opinión. Algunas sí, claro que sí aportan cosas buenas. Ya te digo que, nadie es perfecto en esta vida. Cada uno es como es y sí que hay personas positivas. Hay cosas buenas que podemos aprender nosotros también, espero yo...claro que sí.

I: ¿Cómo ve usted el hecho de que una persona inmigrante cuide de una persona mayor aquí?

C: Yo, te daré mi opinión. No me gusta nada. Ahora, como es por lo que es, que es porque no pueden, es otra cosa. A mí me gustaría que la persona enferma que tienes en la casa, que lo cuiden los familiares. Se sienten desplazadas esas personas. No les da igual. Por muy bien que la traten, no la trata igual. Una persona que no siente nada por esa persona, no lo trata igual. No es que vengan a llevarse el dinero, que muchos lo hacen bien, pero no es igual.

I: ¿Piensa usted que trabajar en el domicilio es la mejor solución para ellas (inmigrantes)?

C: Se tendrían que buscar otras cosas; hay algunas que tienen estudios y todos, y podrían avanzar más. No quedarse estancadas ahí limpiando

I: *¿Y por qué no decidió su familia tener una cuidadora secundaria inmigrante?*

C: *Porque mi hermano no lo hubiese permitido. Mi hermano es muy de su casa. Aunque esté yo, mi hermano está presente con lo que le hago a su mujer. Él por la mañana va al hospital a rehabilitación, y físicamente no está presente. Pero él está conmigo antes, en el aseo, y cuando viene. Yo lo veo que él es muy exigente. Yo, se lo estoy haciendo a mi cuñada, pero si se lo tuviera que hacer a otra persona, se lo haría igual.*

I: *¿Imagina usted que aquí donde está cuidando a su cuñada hubiera una inmigrante?*

C: *No me la imagino porque mi hermano no lo permitiría. No dejaría a su mujer en manos de una persona desconocida. Si yo estoy, es porque soy su hermana, y porque sabe cómo soy “. (CF-1)*

C: *Aquí en la calle hay varias que tienen, que están cuidando a sus madres. Yo no lo veo mal, pero algunas... pues no las cuidan bien, no están preparadas. No son muy curiosas, tienes que estar encima de ellas, y no le dan el cariño de un familiar, porque aquí vienen mis hijos y empiezan a decirle cosas, y está más espabilada, y ahora con mi nieto... no te digo nada, mucho más espabilada. No es lo mismo. Una extranjera no le da el cariño que yo le estoy dando” (CF-28)*

C: *“ Yo, de esas que vienen de ayuda a domicilio también vienen ecuatorianas, que las mandan también. Tienen hasta de esos países que, si no los conoces, los ves y son igual que nosotros. Pues vienen de todas las clases. Algunas son muy curiosas y muy buenas, y yo tuve una ecuatoriana, Leonor; esa mujer me dijo a mí que había estado cuidando de una vieja, y que la cuidaba muy bien, y yo, en esa mujer, me lo creo, porque es una mujer mayor, tiene a sus hijas casadas, y viven allí, tiene un hijo en la Marina. Y yo, de esas mujeres, creo que las tiene que haber buenas y malas, como en todos sitios.*

I: *¿Piensa usted que ellas lo hacen igual que las de aquí, que sus costumbres son iguales?*

C: *No, son distintas. Mire, mi nuera Fina, la mujer de mi hijo mayor, que tiene una hija ya con su carrera y trabajando y eso, pues esa, su padre, empezó a decir que no podía andar y que no podía andar. Se ha tirado 4 años en una silla de ruedas, transportándolo para allá y para acá. Ha tenido dos mujeres, ecuatorianas. Dos no, un plantel ha tenido, porque muchas se iban y otras no cumplían con su deber. A una la cogieron quitándole la poquica ropa que tenía mi consuegra, que se ha muerto también. Se han muerto en dos meses los dos. Mira, tenía una para dormir. Mi consuegra, en un tacatá tenía que andar, que tenían a una en una habitación y al otro en otra. Para levantarlo, tenían una grúa, Los levantaban y los dejaban caer en el sillón, y allí estaban. Pero cuidarlos como sus hijas, no. Yo te lo cuento como experiencia en mi familia, ¿sabes? Y un día, la mujer, la madre de mi nuera, se preguntaba por qué la que tenían*

contratada hablaba tanto con otra por la ventana. ¿Y esta zagala...? Pero como esta mujer iba en tacatá, ella decía, si yo busco algo o viene la compañera a dárselo... pues lo que pasa es que con las ecuatorianas hay de todo. Habrá mujeres buenas y mujeres malas. Pero como las buenas y las malas, ecuatorianas o castellanas,.....como una, no, nunca. Pero también hay buenas. ¿Estamos? También hay buenas. Pues a ésta, la pilló quitándole ropa, toallas, por la ventana dándoselas a la otra. Y se le han perdido las joyas que ella tenía. Porque claro, uno, en la cama sin moverse y el otro, que tardaba media hora para echar la vista. Y mi nuera estaba encima ¿eh?, que antes no trabajaba, que no la dejaba ni pié ni pata. Y tenían que decirle que viniera a atenderlos, porque ella, llegaba y se acostaba a dormir. Y el hombre estaba, “Antonia, Antonia...” Y la mujer como no podía moverse... la cuestión es que lo atendían, pero mal, como uno, no. Luego, otro día, que estaba la madre en la cocina, que había ido con el tacatá, y allí se sentaba en un sillón frente a la cocinica de leña. Pues se murió, ahora en la Pascua, hace un año. Y su mujer, hace 2 meses. Para qué te voy a contar...y entonces, a este hombre, lo levantaron de la cama y lo pusieron junto a una ventana en un sillón, pero no lo ataron. Entonces al hacerse para adelante, se cayó de cabeza. Y las llamó, pero estaban tendiendo la ropa, y no vinieron. Y allí estaba el hombre en el suelo, con un charco de sangre, esperando a que ellas tendieran tranquilamente la ropa para después, venir. Eso, eso no está bien. Y cuando mi nuera estaba porque la necesitaban por algo, decían que no venían. Y no venían. Así que, yo, la verdad... mi nuera ha llevado un calvario con ellas, y ha tenido un plantel, una que se iba y otra venía. Además, son muy caras y no hacían nada. Para que hicieran algo de la casa, tenían que decírsele 40 veces. La que estaba de día, aparte de atenderlos a ellos, ¿es que no podía decir, “voy a hacer esto o voy a hacer lo otro”? Si seguimos así, pues tendrá que venir alguna. No sé, porque si mi hija para de trabajar, que está aquí en la clínica, pues si la despidieran o algo, pues entonces nos atendería. Pero claro, es que como las cosas están tan malas también, que si te sales luego no te admiten, luego que tienes que tener tantos días cotizados para el día de mañana. Pues la verdad es que es un problema. Pero, en fin, sí que es verdad, pero eso, que para cuidar a los viejos se necesita tener vocación”. (CF-29)

I: “¿Piensas que el tener una cultura diferente influye en la manera de cuidar?”

C: Yo creo que, no es porque tengan una cultura diferente, sino que yo creo que, por ejemplo, mi madre, a la hora de estar con una de nosotras, pues si está con una persona que no le toca nada, por muy bien que lo haga, no creo que, hasta cierto punto, sea lo mismo. Yo creo que no. Habrá de todo, porque también se dan casos de que, no sé....inmigrantes sólo tampoco te diría, porque puede ser que nos equivoquemos... pero vamos, que no, que yo creo que no, que ellos lo hacen porque tienen que estar aquí, y tienen que estar debajo de un techo pero es como un trabajo que tienes, una obligación que tienes, pero no lo haces con el mismo cariño. Si las tienen será porque se portan bien. Pero que hagan con ellos lo mismo, lo hagan igual... tú sabes que son muy dadas a hacerlo todo con ese mimito, pero no sé, pero yo creo que no lo deben hacer igual... qué te digo...

I: ¿Tú te fiarías, si tuvieras a una cuidadora aquí en casa, de utilizar remedios naturales para enfermedades que ella te recomendara?

C: No, a mí como no sea una tila o una manzanilla o sean cosas así, no. No estoy por la labor de esas cosas raras. Esas cosas raras, no. Yo, lo que esté en las tiendas y lo que esté en las farmacias. Yo no me iba a tomar una hierba de su país que yo no se ni siquiera... con esto te puedo decir, que si yo tengo una enfermedad que no le ven salida ninguna, pues me tiro a lo que sea, porque eso es lotería. Si te dicen que te vas a morir, pues piensas en probar. Si se soluciona bien, y si no, con las mismas, me voy a ir para adelante. No sólo eso, sino todo lo que traigan. Pero mientras esté lo legalizado no entro en otras cosas" (CF-30)

C: Como la familia, nadie. Unas son mejores que otras, es verdad, pero no se puede dejar la responsabilidad en ellas. La cultura de ellas es diferente y no entienden realmente nuestras costumbres [...]. Para mí es la última opción" (CF-31)

C: " Yo no lo veo eso muy bien; no lo veo bien, porque claro, los pobres tienen que cogerlas porque como las españolas no quieren acudir, ¿entiendes? Aquí, las mujeres españolas no quieren estar con ninguna persona mayor. Una mujer que viene de Ecuador, que está allí toda su vida, nada más que bien dicho, tiradas allí en todos esos sitios, en esos carriles y esas cosas, y vienen aquí, a un piso o a una casa, a cuidar a un enfermo, ¿va a tener esa persona experiencia? No la tiene, no la tiene. [...]; así que te digo por eso, que eso no se puede hacer, que lo hacen porque tienen que hacerlo, pero es que no. Las personas mayores necesitan una persona que tenga su enseñanza y que sepan de qué va la cosa. La enfermera cuando viene sabía de qué va la cosa, y se ponía con sus guantes, sus cosas, su medicación en condiciones, sus tijeras, sus pinzas...y esas otras mujeres, no. [...] Yo lo veo mal, porque no saben. Una inmigrante estaba ayer hablando con una vecina, y me he parado a preguntarle a la mujer que estaba hablado con ella, que vive aquí ya 25 años y tiene 2 mujeres ecuatorianas, una por la mañana y otra por la tarde. Esta, con la que estaba hablando va por la mañana. Claro, son dos hermanos solteros que están solos, y la hermana está siempre muy nerviosa, porque tiene también parkinson de ese, y en fin, se pone y discute con ella, y le pregunté cómo iba. Dijo "ahí va". Pero esa persona ciega y su hermana con Parkinson, ¿cómo lo va a hacer bien? Pues lo hace porque lo hace, pero no lo hace bien. A las ocho de la noche viene otra a dormir con ellos, y no se va hasta que esta a otro día vuelve a las ocho. Porque la que va por la mañana tiene que ponerle la insulina a ese hombre y darle el desayuno después de pincharle. Yo lo veo que, están cuidados, pero yo lo veo que no, que esas mujeres no saben de lo que va la cosa. Lo hacen porque quieren ganar dinero y tienen que hacerlo, pero... [...] No la contrato, no. No la contrato porque yo, lo que haría sería meter a una para durante el día cuando yo no pueda. Mientras pueda no. Pero si puede ser, que no sea extranjera. Para echar horas y eso en las casas sí hay

españolas. Para cuidarlo estaría yo. Y así". (CF-32)

C: "Yo, la verdad, que te voy a decir la verdad, yo cogí a las de aquí porque me gustan más que las de por ahí. Lo digo aquí y en todos sitios, porque las de aquí... es que las de por ahí, puede ser que des con una que sea muy buena, muy cariñosa, y muy como quieras, pero como las de aquí, no, porque aquí ya las conoces, sabes de la manera que son, están trabajando en esto de cuidar a las personas mayores porque están en el Ayuntamiento, que van con ayuda a domicilio, y entonces pues esa persona está más preparada que una que viene de por ahí... qué quieres que te diga. ¿Cómo va a ser igual una persona que está preparada que una persona que viene de por ahí a quedarse con un anciano? No conozco a ninguna pero lo he oído. Algunas son muy cariñosas y esto pero que... que van a pasar las horas y fuera. Eso lo hemos tenido que pagar aparte. Le dábamos 400 euros a cada una, por 4,5 horas cada una, y total no hacían nada... bueno, estaban pues, al lado de mi padre, por si necesitaba darle un poco de agua, para que no estuviera solo un momento... para todo eso, y si se hacía de vientre yo o mis cuñada, iba y le ayudaban, la que estuviera allí". (CF-33)

C: "Tendría que conocerla muchísimo, muchísimo, como conozco los dedos de mi mano para darle yo esa confianza de dejarlo con ella. Sabes tú que hay personas que vienen de por ahí, que son buenas personas, más que uno, pero no lo sabes, no lo sabes hija mía; no lo sabes. [...] ¿Cómo van a estar preparadas? Aquí, yo ya estoy con él 8 años, pero ya te digo, antes, con mi padre y con mi madre también tuvimos experiencia. Muchas vienen, y claro, yo, a mí, me gusta aprender, y de las cosas que haces, y ellas también aprenden. "Ah, pues esto no lo sabía yo"; "ah, pues esto sí". Y a mí me gusta saber, porque cuanto más sabes más ventaja tienes" (CI-34)

C: "Hombre, yo creo que hay de todo, porque hay un frente que...esta última que yo he visto que han tenido, era de esas que no hay que mandar nada, cariñosa, de darle masaje, de darle ánimos. Este caso era de un mujer con Alzheimer que se ha muerto joven, la pobre, pero fíjese que no querían los hijos que se fuera, porque es que era de esas que... A nosotros, nos veía por la calle con las bolsas, y bueno, a todos los vecinos, en seguida, corriendo a ayudarnos, limpiaba las aceras cuando iba a tirar la basura. Tendría unos 56 ó 58 años; ya te digo, yo no los desprecio. También me han quitado delante de mí el dinero al venir de cobrar. Y jamás, yo no soy racista ni lo seré en mi vida... te quiero decir; si veo en un ring un negro peleándose con un blanco, quiero que gane el negro; con eso te lo digo todo. Y a mí me la han hecho, pero bueno, hecho está. Yo estaba mentalizada de que claro, me preguntaron dónde está una calle y mientras tanto la otra me abrió la cremallera del bolso, y como venía de sacar el dinero, pues... fue la última vez que lo hice. Ya dije que jamás volvería a sacar el dinero de toda la paga desde el banco, de ir a cobrarle a mi madre. Y claro, la confianza, lo metes dentro de la cartilla, te lo hechas al bolso y cierras. Se ve que me siguieron. Se pararon a preguntarme y luego vi que lo que preguntaban era absurdo. Yo quería hasta llevarla a Cáritas porque pensaba que me preguntaba por Cáritas" (CF-36)

I: ¿Cómo ve usted a las cuidadoras que vienen de otro país?

C: *Yo veo que, hay algunas que.., yo tengo compañeras que son inmigrantes, y las veo que cuidan igual que yo, por lo menos las que han sido compañeras mías. Pero otras no. Otras no las cuidan. Myriam, una que yo conozco, ha cuidado a la que fue mi profesora y la zagala,... muy bien. Y hay otra por aquí arriba que también muy bien. Todo el mundo no...*

Persona mayor: *Yo tuve aquí a dos ecuatorianas, y una regular, pero la otra... mal, no estuvo nada más que un mes*

C: *Yo te digo que tengo esa experiencia, que tengo buena y tengo mala, porque yo tengo en mi bloque, y en mi bloque sólo estamos 3 españoles, y con eso te lo digo todo, tengo de todos los países” (CI-37)*

C: *Yo no sé; yo eso...yo la confianza la tengo. No soy racista. Que lo harían bien... no lo sé, como no lo he vivido no lo sé. Pero si me dan a elegir, yo prefiero una persona de aquí, antes, eso está claro. Por todo lo que se ha oído. Yo quiero a una persona de aquí. Entonces yo, racista no soy. Todo el mundo tiene derecho a vivir y a buscarse la vida” (CF-39)*

C: *“Mire, pues yo, si le soy sincero, tuve una y no tuvimos buena experiencia. No, la experiencia fue malísima. A los dos días de estar aquí, me encuentro un día que llego que se había traído a toda la familia, se habían comido todo lo del frigorífico, y que me había mentado, porque al marido lo estaban buscando por delincuente... yo no sé las cosas... por lo tanto, no he tenido buena experiencia. Como me ha pasado lo que me ha pasado, pues lo siento” (CF-42)*

C: *“Y yo, resumiendo, lo único que te puedo contar es que en cuanto a inmigración, pues hay gente buena y gente mala. Él tropezó con gente mala, que le sacó el dinero porque está enfermo, y esa es la experiencia que te puedo decir [...]. Si yo no tengo más ayuda es porque no lo puedo pagar. Es una cosa que, como no las he tenido, pues no sé. Su forma de ser, pues no la sé, lo que sí sé es que no....no. Es que son cosas largas de explicar. [...] Y yo, resumiendo, lo único que te puedo contar es que en cuanto a inmigración, pues hay gente buena y gente mala. Él tropezó con gente mala, que le sacó el dinero porque está enfermo, y esa es la experiencia que te puedo decir”. (CF-43)*

C: *“Las que hemos conocido en la familia, unas se han portado muy bien y otras se han portado muy mal; le chillaban, le decían cosas, e incluso le llegó a pegar porque su mujer lo oyó decir “no me pegues” a su marido. Entonces fue corriendo mi cuñada y dijo “¿qué es lo que lleva?”; llevaba un poco de señal. La chica dijo que se había dado un golpe en la grúa. Y mi cuñada dijo “No; yo he oído a Antonio decir no me pegues”. Él, algunas veces no estaba muy bien; a lo mejor quiso sentarlo en la grúa y no se mantuvo derecho, pero eso no era motivo para que le hiciera nada. Pero conozco a algunas que sí. Conozco a otra que cuida a una sobrina mía, una niña, y es una excelente persona. Aquí, en casa del vecino hay otra, y es muy buena zagala;*

para ser tan joven... otra chica que hubo aquí antes de ésta que le decían Luz, también. Otras dos chicas que tuvo mi cuñado este, además de esa, también. Yo pienso que vienen como antes habían ido todos los españoles a Alemania y a Sudamérica, por ahí lejos, y ahora decimos que los forasteros estos que han venido aquí a tal. Yo pienso que esta gente no viene aquí por capricho; vienen porque tienen necesidad y es muy lícito, y si se portan bien con las personas, también tienen derecho a estar ocupados para ganar dinero y vivir". (CF-45)

C: Si no hay más remedio, yo creo que se contratan. Yo tengo una amiga que contrató una y no le fue bien. No sé que quieres que te diga... Si mi suegra misma, contrata a una ecuatoriana de estas que le diga cariño, amor mío y cielo, sé que como yo no se lo va a hacer. Mejor que yo, ni su hija ni la otra nuera no lo va a hacer. A veces, por ejemplo, mi suegra me dice que no lleva falta de asear, y yo le digo que sí, que lleva falta y que se tiene que lavar. Entonces me hace caso y se lava. Mañana es el día de la madre, y le he comprado una botella de colonia y otra de gel, porque la necesita" (CF-48).

Según Berjano, los factores condicionantes de la aparición de cuidadoras inmigrantes según la opinión de cuidadores familiares son: ser un servicio más económico que permite dedicarle más tiempo a los mayores y les proporciona un soporte afectivo, ineficacia e ineficiencia de los servicios públicos, resistencia a la institucionalización de las personas mayores, trabajo que no quieren hacer los españoles, aumento del número de ancianos, calidad humana en la atención a la persona mayor, incorporación de la mujer al trabajo, nicho de trabajo propio para mujeres inmigrantes sin papeles que les garantiza alimentación, vivienda e invisibilidad, elevado coste y escasez de servicios privados, gran oferta de cuidadoras inmigrantes, falta de espacio en la casa de los hijos, cuidados constantes y personalizados en casa, miedo a la soledad y depresión del cuidador principal familiar (por cuidar) (Berjano, Simó & Ariño 2005).

En ese estudio, las experiencias negativas con una cuidadora inmigrante son menos numerosas que los de satisfacción. Muchas de las familias entrevistadas para esta investigación recomendarían el recurso de la cuidadora inmigrante, aunque son conscientes de que el éxito no está en absoluto garantizado (Berjano, Simó & Ariño 2005).

En nuestro trabajo podemos encontrar la situación contraria debido a que las cuidadoras familiares entrevistadas no tienen una cuidadora inmigrante en casa, y las experiencias que comentan no son en primera persona. Este aspecto puede influir en la percepción tendente a la reticencia por parte de las cuidadoras familiares. No fue posible entrevistar a los familiares de las personas dependientes asistidos por cuidadoras inmigrantes ya que, el rol de la cuidadora principal lo tenían éstas, y la presencia familiar era meramente testimonial.

La respuesta informal de cuidados es una construcción social que depende en gran medida del contexto en el que se produce, puesto que, como ya hemos comentado, en

otros países se configura de manera totalmente distinta. A su vez, también depende de cómo se construyen diversos procesos como la organización del mercado de trabajo, los roles asociados al género o las políticas del Estado. En nuestro entorno, identificamos una construcción de género con un reparto de roles bastante tradicional, frente a un mercado de trabajo donde la mujer tiene gran protagonismo, junto a un déficit de políticas estatales de atención a la dependencia. Estos tres puntos delimitan la forma en que se lleva a cabo la producción social de los cuidados informales

La aparición del fenómeno de las cuidadoras inmigrantes evidencia la deficiencia de las instituciones públicas españolas, pero favorece la precariedad de los inmigrantes, e incluso, en última instancia, la feminización de la pobreza y la circunscripción de la mujer inmigrante a un nicho de trabajo sumergido que perpetúa una situación de falta de políticas eficaces tanto en la atención a las personas dependientes como a la inmigración. Este fenómeno confina a la mujer inmigrante a los sótanos de lo laboral.

Las cuidadoras inmigrantes se constituyen como un recurso, ampliamente conocido y aceptado socialmente, de fácil acceso y gran disponibilidad. A pesar de su contribución al mantenimiento y fomento de la precariedad de la inmigración, las ventajas superan a los inconvenientes, tanto para las personas dependientes como para las propias cuidadoras inmigrantes.

Es un servicio imprescindible e insustituible, siendo imposible que ninguna institución pueda desarrollar sus tareas. Se trata de un servicio no regularizado, pero por ello no deja de ser necesario y conocido, aunque sigue siendo invisible.

Es un sistema que proporciona estabilidad dentro de unas condiciones de inestabilidad hacia el cuidador inmigrante a nivel de esperanza de vida de la persona dependiente, garante del puesto de trabajo; también hacia la persona dependiente y su familia por un posible abandono del cuidador inmigrante por otro trabajo más satisfactorio o mejor remunerado.

**CAPÍTULO VI.- ETNOGRAFÍA. ASPECTOS SOCIALES Y CULTURALES
DE LA INMIGRACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS CUIDADORAS
INMIGRANTES**

6.- ASPECTOS SOCIALES Y CULTURALES DE LA INMIGRACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS CUIDADORAS INMIGRANTES

6.1 INMIGRACIÓN EN NUESTRO ENTORNO.

“Llamamos a trabajadores y llegaron personas humanas”

M. Frisch.

6.1.1 Factores causantes de las migraciones

Las migraciones no son algo nuevo, pero hoy día presentan características especiales. Existen no sólo porque la pobreza, la guerra y el desempleo de los países de origen empujan a los inmigrantes a salir sino también porque a los países de acogida les interesa económicamente su presencia. Los factores que empujan a tomar la decisión de emigrar son comúnmente denominados *fuera push*, mientras que los factores que ejercen un efecto llamada o de atracción hacia países de destino, son denominados *fuera pull*; así, como ya planteamos en el marco teórico, el modelo explicativo que tomaremos para abordar la inmigración responde a un conjunto de factores *push-pull*, entre los que toman especial relevancia los aspectos socioculturales frente a los puramente económico-estructurales.

Aunque pretendamos aislar las razones para emigrar de una forma desagregada, las causas no pueden desligarse entre ellas, ya que forman parte de una misma situación socioeconómica del país, conformada por un complejo esquema de variables culturales, políticas, sociales y económicas, tal y como podemos apreciar en la mayoría de los casos de las personas que entrevistamos.

“Allí teníamos un sueldo mínimo por economía; eran unos 200 euros. Y 200 euros una familia, con dos niños, pues no se puede mantener, porque los precios van en comparación con los euros [...]; si tú comparas los precios, son los mismos, en todo lo referido a alimentación y el básico de vivir. Entonces, no tenemos casa propia ni nada, pero hay que vestir a los niños, darles de comer, llevarlos al colegio. Para mí, un sueldo de vendedora normal que es lo que yo hacía, así no se puede salir para adelante”. (CI-5,6)

“La vida económica allí cuesta mucho y son cuatro hijos. No nos da el sueldo que ganamos allí,

y ese fue el motivo: para poder sacar adelante a mis hijos". (CI-12)

"Es que en mi país el dinero no vale, entonces se te hace muy difícil hacer una casa, comprarte un coche... y yo llevo muchos años trabajando y nunca tengo nada. Entonces quise emigrar para acá a ver si trabajando aquí me puedo hacer una casa allá". (CI-17)

"Porque en mi país hay mucha pobreza y no tenemos recursos para vivir". (CI-19)

"Para salir adelante con la vida". (CI-27)

"Era imposible allí , era fatal, y a veces no teníamos ni para la pensión del cole y estábamos mal"(CI-22).

"La situación en Bolivia cada vez está peor económicamente, en el trabajo, en todo...Ya no hay futuro allá porque para todo hay que pagar: para el médico, en el estudio..No es como aquí, que lo paga el Gobierno y todo eso. Allá, todo se paga. Vas a un médico, porque estás mala de algo, y tienes que ir con tu dinero y te lo pagas. Mientras tanto, aquí por lo menos te cubre el seguro. Allá no. Tanto el Gobierno como los que tienen empleadores, ellos mismos no cumplen con las promesas que hacen. El Gobierno dice que va a hacer esto o lo otro pero luego no lo cumplen. La situación mía es que mi padre falleció [..].Mi madre ha estado sola, porque desde que murió mi padre ella no ha tenido otro marido. Está enferma de la cabeza; tiene psicosis. [...] Como mi madre sola no ha podido cubrirnos a mis hermanos y a mí, que han terminado el bachillerato y eso, pues yo, me vine por eso, porque si yo estudiaba, mi hermano no. Yo prefería que lo hiciera él. Así que decidí venirme por eso. Mi hermano está estudiando Magisterio [...] Si Dios quiere, yo le daré para cubrirle los gastos. Yo les tengo que mandar dinero a mi madre y a mi hermano. No les mando mucho dinero pero sí le mando para su comida, su habitación, y mi otro hermano le ayuda también. Tiene un negocio muy pequeño que le da para el pan de cada día; no le da para casi nada". (CI-23)

Junto a las causas que sociológica y políticamente explican las migraciones, debe tenerse en cuenta la decisión personal, las motivaciones, etc...Una sociedad suele ofrecer diversas respuestas tradicionales ante la pobreza y el aumento de la población, tales como la emigración a otros países y la eclosión de luchas internas.

"Pues mire, venir a España fue de una forma espontánea. Me vine para mejorar la vida. Simplemente, Colombia, tal y como está el país..."(CI-23).

En estas palabras se evidencian ambas cosas, tanto los problemas económicos como el ambiente especialmente violento que se vive en algunos países de Sudamérica.

"Yo conocía a la mujer del Presidente de mi país, y entonces yo trabajé con ella, y me decía que España era bonita y la gente era muy buena. Todo ello me hizo que me decidiera a venir. Ya llevo un año aquí".(CI-26)

Llama especialmente la atención este testimonio al proceder, en cierto modo, de un

entorno cercano al sector político; recomienda la emigración a modo de estrategia de solución de problemas internos del país (Honduras, en este caso), presentando una visión idealizada de la vida en ese lugar de destino.

En prácticamente todos los casos de movimientos migratorios, se identifica una falta de satisfacción con la vida presente (elemento de expulsión) y un sentimiento de una vida mejor en otro lugar (elemento de atracción) (D'Entremont, A. 2003).

“Yo a España vine porque estaba un poquito mal, allá no es como aquí. Uno siempre tiene que buscar un porvenir más, ¿no? Por eso me vine acá”.(CI-25)

“Me dieron ganas de venir a probar porque yo nunca había salido a ningún país lejano”.(CI-26)

Las expectativas funcionan como elemento de motivación hacia los movimientos migratorios; en algunos casos se cumplen y en otros no, generando reacciones de desesperanza y deseos de retorno.

“Acá, tienes más ingresos, puedes moverte más, tienes más adquisiciones a tu alcance y a tu nivel, es más estable. Todos los países de Latinoamérica, todos son países pobres y todos van en busca de la olla de oro; todos en busca de ir a EEUU, a Inglaterra, a Suiza, a España...buscando donde tengan ingresos...”. (CI-11)

“Aquí en España hay muchas oportunidades. Hay estudios y trabajo por todas partes. Pero sin embargo, uno sale a la calle y ve jóvenes por ahí tirados a la droga y al vicio. Pues todo el mundo tiene la oportunidad pero depende de cada uno. Si yo me propongo, y digo, bueno, voy a hacer esto, lo voy a lograr”. (CI-13)

Podemos observar la visión idealizada del país de destino que realmente no refleja la realidad, común a muchos países del mundo, y marcada actualmente por el desempleo y la crisis económica. Describían España como un paraíso de gran solidez económica, un mercado laboral amplio que ofrece situaciones laborales de carácter estable y un sinfín de oportunidades a nivel educativo y de cobertura social. De alguna manera, las expectativas de encontrar un trabajo fácil y rápidamente, bien remunerado, con carácter estable y con reconocimiento social, resumen buena parte del ideario colectivo inmigrante antes, e incluso, después de venir a España.

Sin embargo, en muchísimas ocasiones, la realidad que encuentran no se corresponde con la percepción social previa acerca de la vida aquí, que inevitablemente pasa por un duro proceso de adaptación al cambio con consecuencias a muy diversos niveles. El incumplimiento de expectativas se ha evidenciado claramente en muchos de los individuos entrevistados, tal como prosigue:

“Que aquí se gana tanto, que se trabaja bien...te ponían la vida de color de rosa, te pintaban esto. Entonces, la verdad, mi hermano me dijo, que no me fuera porque aquí las cosas son según como las viera... y la verdad, desgraciadamente, yo lo interpreté mal. Yo pensé que era, por algo, y en parte yo no quería creerlo, no sé, pero fue después que me dí cuenta. [...] Igual que yo me lo creí, que aquí tú vas a ser feliz, a resolver las cosas, pero a veces encuentras cosas que te cohíben más”. (CI-9)

“No es lo que yo esperaba, pensaba que se ganaba más dinero y que había más trabajo para las personas ilegales. La realidad es que sin papeles tú no consigues trabajo a menos que sea cuidando ancianos. Yo he querido trabajar en otros lugares y no puedo, para eso tengo que esperar tres años”.(CI-17).

“Yo voy a ser sincera con usted. Yo me arrepiento de haber venido. En los 48 años que tengo yo no he sufrido (se emociona, llora), y llevo tres años y medio sufriendo. Lo he pasado muy mal, he echado de menos a mi madre, a mi familia, a todos. Pero tengo que afrontarlo por mi hija, quiero que mi hija salga adelante”. (CI-18)

Así, la emigración es una de las alternativas ante la presión demográfica y la lucha por la subsistencia cuando escasean los recursos cuyas consecuencias son aún impredecibles a nivel de la estructura social de un país en tanto que no existe ningún mecanismo que regule este proceso. A su vez, tampoco se puede generalizar el hecho de que la pobreza y la superpoblación produzcan flujos migratorios, ya que existen países con bajo nivel de desarrollo en los que no se establece este fenómeno, así como países con un mayor nivel de desarrollo en los que sí se da con cierta frecuencia. En estos casos, suele ser más determinante el hecho de que haya una historia previa de relaciones políticas y económicas entre ambos países. El conjunto de estos factores influye o modula el proceso migratorio, no siendo aspectos autoexcluyentes sino más bien sinérgicos.

En los años 80 y 90, los flujos migratorios legales a los países de la Unión Europea se han producido por dos grandes causas: refugio y reunificación familiar. Este último proceso indica una voluntad de permanencia y estabilidad en el país de destino teniendo unas connotaciones muy claras en lo que al proyecto migratorio personal se refiere.

La movilidad social se convierte en un fenómeno muy actual y que se correlaciona con la movilidad horizontal; además de la influencia de factores de atracción hacia otros lugares y de presentimiento de una vida mejor, se ve determinada también por aspectos individuales relacionados con el ciclo vital de las personas, es decir, situaciones de la vida corriente que deparan oportunidades para la movilidad horizontal.

Se presentan momentos puntuales en la vida de los individuos en los que la posibilidad o la probabilidad de efectuar un movimiento migratorio es especialmente elevada. Esos momentos coinciden con las edades en las que tienen lugar los “ritos de paso” que ya en su día describió Van Gennep, pasando en este caso de una condición

básica de vida a otra dentro del proceso de maduración, que es una parte esencial de la movilidad social y que a menudo va emparejado con la movilidad horizontal.

Pudimos encontrar diversos testimonios que evidenciaban cierta etiología multicausal del hecho migratorio, abarcando precisamente motivos familiares y personales que no venían determinados por la situación económica de forma directa, relacionados en gran medida con las etapas del ciclo vital y la necesidad de cambio y evolución tanto personal como familiar, aspecto que llamó nuestra atención y consideramos como destacable en la investigación.

“Estábamos 8 días juntos y yo estaba embarazada”.(CI-4)

“Mi hija tenía el novio aquí en España, se había venido aquí. Él se vino para acá y ya llevaba dos años aquí, y ellos llevaban tres años más de novios. Entonces él un día la llamó y le dijo que no, que ya era bueno que se viniera y se casaran; y yo, pues como soy la mamá, yo venía sólo al matrimonio y me regresaba. Pero antes de eso yo lo pasé mal con los nervios; mi yerno me dijo que una vez aquí era mejor que me quedara, porque allá, yo sola me iba a morir. Entonces me quedé aquí”. (CI-13)

“Y por eso me vine, no específicamente por trabajo, porque yo ya trabajaba, pero vine por mi marido, mi hogar. Era, o mi país y mi madre, o el resto aquí. Entonces decidí venir”. (CI-2)

En muchas ocasiones percibimos o deducimos erróneamente que la estructura familiar y los vínculos familiares de los inmigrantes no son aspectos que ellos consideren prioritarios en sus vidas, en tanto que son capaces de abandonarlos por cuestiones laborales o estrictamente económicas. Sin embargo, la etnografía demuestra todo lo contrario, es decir, que la percepción y los valores asociados a la institución familiar entre los inmigrantes son de vital importancia en sus vidas, tanto como para generar, entre otras, una decisión tan difícil como emigrar.

“Vino mi hijo, su esposa y un niño. La esposa, consiguió acá otra pareja y se separaron. Entonces el niño quedó solo con el papá. Ella no se quiso quedar con el niño y entonces mi hijo pagó el pasaje y yo me vine a ver al nieto”. (CI-11)

“Me llaman de repente que mi hijo está gravísimo en un hospital y yo me he venido. Entonces vine a ver si yo me lo llevaba, pero él me dijo que no se iba a ir derrotado. Fue transcurriendo el tiempo y yo le decía, mira, que se me va a vencer el billete, que nos tenemos que ir, porque yo venía con mi billete de ida y vuelta, y me traje un dinero para llevármelo, porque yo tenía que sacarlo de aquí de Murcia. Me dijeron que supuestamente estuvo viviendo en la calle, que lo veían en los jardines, y que no tenía donde ir; y a mí eso....yo le decía, ¡vámonos, vámonos!. El me decía, vete...vete tú.[..] Yo vine por mi hijo.[..]He venido por mi hijo, porque yo tenía un pánico a montarme en un avión, pero mira, lo mejor que le puede pasar a una mujer es tener un

hijo, y los hijos...no hay comparación cuando en la vida tienes un hijo; haces cualquier cosa por él". (CI-15)

Tanto el comienzo de la vida laboralmente activa, como su terminación, son momentos muy propicios para los movimientos migratorios. De hecho, la preponderancia de población joven y la presencia masiva de población soltera y masculina, por un lado, y los desplazamientos de personas mayores por otro, como parte del fenómeno de las migraciones, coinciden con estas fases del ciclo vital (D'Entremont, A. 2003).

No obstante, no debemos olvidar que actualmente, sigue habiendo más españoles en el extranjero que extranjeros en España, aunque la tendencia es que nuestro país se está consolidando como país de inmigración. Los porcentajes de inmigrantes respecto a la población autóctona son de los más bajos de Europa, siendo en general, mano de obra asalariada, con inestabilidad legal, y que se ocupan preferentemente en los sectores de servicios, agricultura, hostelería y construcción.

Según Solé, la gente que decide emigrar a España (refiriéndose al colectivo latinoamericano), no está en situación de extrema pobreza; la situación en sus países de origen suele ser precaria y, en cierto modo, desesperada, pero no están hambrientos, por lo tanto, la gente no emigra para escapar de la pobreza, siendo esta visión más bien un estereotipo. Lo que les empuja a emigrar es el deseo de mejorar su posición, de formar parte de la sociedad de consumo, de vivir en democracia. Para emigrar necesitan reunir una suma considerable de dinero, que no todo el mundo puede obtener, y muchos de ellos tuvieron que vender sus posesiones para conseguir ese dinero, pero el mero hecho de que tuvieran posesiones o una buena formación académica es un indicador de que no estamos hablando de gente socialmente excluida en sus países de origen (Solé 2001). Como hemos podido comprobar, a este respecto, nuestros hallazgos etnográficos coinciden completamente con dicho perfil de inmigrante. La situación del colectivo inmigrante marroquí es diferente ya que se mezclan cuestiones políticas y culturales, pero sólo encontramos a una informante de origen magrebí entre las cuidadoras informales, de manera que no resulta, a priori, generalizable su situación como en el caso latinoamericano.

Es importante tener en cuenta que en el caso del colectivo inmigrante que nos ocupa, existe un importante papel de atracción constituido por factores de índole económica, social y cultural, difundidos por los medios de comunicación, los cuales crean una imagen, ya sea real o distorsionada de los países de destino, que influyen sobremanera en la decisión de emigrar. Por tanto, la imagen que se proyecta del país de destino es fundamental para comprender las características de los movimientos migratorios.

Mientras persistan los grandes desequilibrios económicos y sociales que existen a día de hoy, es probable que los flujos migratorios desde los países menos ricos (no nos referimos a los más pobres, que no son los que suelen presentar mayor tasa de emigración) hacia los más ricos, no sólo vayan a continuar, sino que incluso aumenten, tal y como veíamos en el apartado sobre aspectos demográficos de la inmigración, configurándose como una alternativa a la pobreza.

6.1.2 Redes migratorias y de apoyo social

El papel que ejerce la red social migratoria en los movimientos ligados a la inmigración resulta imprescindible; así, la aplicación del análisis de redes en relación a la familia (que en su día iniciaron autores como Barnes y Bott), permite describir las complejas relaciones que existen en el seno de un conjunto de personas, las cuales pueden interactuar directamente entre sí o no, delimitando un entramado o red.

“La red migratoria es un sistema que organiza socialmente el proceso migratorio” (Martínez Veiga 1997:164). La inmigración es un proceso que se autoalimenta, de manera que una vez iniciada, la red de relaciones que se establece vinculada fuertemente al parentesco, permite que el proceso continúe y aumente por sí mismo. Ese carácter autosostenido y autoalimentado que la red migratoria da al propio proceso migratorio hace que, una vez que la red se ha constituido, se perpetúe.

La red migratoria se entiende como un conjunto de lazos interpersonales que sirven para establecer interconexiones entre los migrantes con otros que les precedieron, así como con otras personas no migrantes en las zonas de origen y destino, a través de nexos de parentesco, paisanaje, amistad...(Durand, Massey 2003).

A través del relato etnográfico podemos analizar las diferentes dimensiones de apoyo que ejerce la red social de los inmigrantes. Comenzando por la red social al margen del parentesco, es decir, red social no familiar, observamos que en algunas ocasiones, el contacto con personas autóctonas del país de destino es mayor incluso que las relaciones de paisanaje.

“Unos los tengo a veces de mi sector o de mi mismo pueblo. Aunque no sé, la relación entre los mismos no acaba de cuajar. Yo me he llevado bien con mi gente, la gente que ha estado alrededor de la huerta, que hay señores que mi marido les ha pedido que sean testigos para pedir la nacionalidad y lo han hecho encantados. Con mi vecina, ...y si es con ecuatorianos también. Aunque con ecuatorianos, hay veces que...hay cosas que no me gustan. Y luego es que parece que somos así todos y nos hacen quedar mal. No es lo que parece, así es que no me apetece

mucho estar con ellos...Cuando estuve recién llegada me apoyaron mucho, y también gente de España sí, me han apoyado. Menos mal que puedo hablar y desahogarme con una hermana de la Iglesia. Con ella, sí. Como ella tiene internet, no le cuesta nada hablar y a veces nos tiramos una hora hablando por teléfono, y cuéntame todo..Y sí, si no fuera por ella..". (CI-2)

Por otro lado, aunque se pueden identificar algunas de las funciones de la red social no familiar del inmigrante, tales como la ayuda en la consecución de un trabajo, resulta paradójico que a la vez también se percibe cierta ausencia de apoyo por escasa red social o incluso, inexistente.

"Una amiga me trajo aquí a Murcia. Al final que una amiga me dice, oye, que hay un trabajo para una casa. Dice, vamos a ver si a lo mejor me cogen para esa casa. Esa señora me dejó en la casa y esta amiga mía trabajaba interna en una casa, y la señora mayor que cuidaba era una señora buenísima, y conoció a esta chica en la calle; entonces esta señora dijo, déjame que yo te cuide a tu hija y tú vete a trabajar. Entonces ella se quedaba con la niña y yo iba a trabajar con esta señora. Suelo tener visitas de gente de mi país y de aquí también, los sobrinos de mi jefa han ido a cenar a mi casa, cuando fue el cumpleaños de Zorita le preparé una cena sorpresa a ella y vinieron sus sobrinos, cenamos allí en mi casa..Pero todo lo llevo yo, el médico, la comida, todo...Y a otra persona así, no, extraña, no...No le cuento cosas de la casa. Un favor...pues, sí, a la Iglesia primeramente" (CI-4)

La función de la red social es especialmente palpable a la hora de la llegada al país de destino.

"Una amiga me consiguió trabajo para que yo cuidara a dos personas mayores. Una hermana de la iglesia me lo recomendó, y conocía a la hija de la señora. Quedó tan contenta que me llamó para otro. Pero nosotros cuando llegamos aquí, y cuando llegamos a la Iglesia, todos fuimos bienvenidos como familia, venga para acá, venga para allá; entonces eso es lo bonito de todo esto; doy muchas gracias a Dios porque dondequiera que vayamos tengo muchos amigos y las puertas abiertas en la Iglesia, y mucho apoyo. Llegamos aquí, para celebrarle en un mes la boda a mi hija y yo lloraba de tristeza porque cómo iba a ser la boda, porque claro, allá tenemos muchos conocidos, pero aquí, sin conocer a nadie..Pero fue algo tan bello, ¡qué hermosa la boda!, lindísima. No nos lo esperábamos; nosotras quedamos las dos sorprendidas porque no nos lo esperábamos. La gente es maravillosa."(CI-13)

C:" Sí, para llegar sí, porque tenía que tener un sitio donde llegar. Los inmigrantes le ayudan a uno. Me dieron comida, me ayudaron a buscar trabajo...(CI-27)

Excepcionalmente emigra gente que no conoce a nadie en el momento de la llegada al país de destino (Martinez Veiga1997). Por ello, es considerada la presencia del parentesco en las redes migratorias como un elemento que favorece la cohesión social en los grupos étnicos de forma centrípeta, generando a su vez cierto aislamiento, falta de integración y polarización con respecto a los grupos sociales de la comunidad receptora.

Se identifican procesos de ayuda a la adaptación, pero no a la integración. Esta retroalimentación que se establece suele funcionar como elemento que reaviva y recupera ciertas tradiciones y fenómenos considerados pasados, aunándose de nuevo elementos sociales y culturales en este complejo proceso que configura a los movimientos migratorios.

“Tenía que venir a recogerme una sobrina mía y no vino a recogerme. Entonces como mi vuelo se retrasó, el taxi que había venido a recogerme del hotel, se fue. Hay gente que llega y tiene aquí a sus parientes o alguien que le ayuda. No tengo relación con nadie ni me siento integrada. Estoy en la casa, haciendo mis cosas. Si me llama para trabajar la señora que le cuido por las noches, pues me voy porque me pagan aparte los domingos y festivos. No paro, yo no paro. Lo que tengo tiempo es martes, miércoles y jueves en la mañana; tres mañanas libres nada más. El resto del tiempo, incluyendo las noches, trabajo. No tengo ningún rato de tiempo libre” (CI-23)

Las redes migratorias, al vincular también inmigrantes y no inmigrantes, constituyen un factor de autopropagación y reproducción de las migraciones más allá de la persistencia de otros factores causantes, como los de tipo económico, o de una evolución negativa a nivel de trabajo o políticas migratorias. Estas redes transmiten información, proporcionan ayuda económica, alojamiento, y prestan apoyo de muy diversas formas, como la reducción de los costos “psicosociales” de la entrada en un país extraño, ya que al recrear el ambiente de origen, parece suavizarse el sentimiento de vulnerabilidad del recién llegado. No obstante, la afectación psicológica es muy evidente en la mayoría de los casos, siendo la percepción de los inmigrantes al respecto como de gran influencia y elevadas consecuencias a nivel personal y familiar; podemos observarlo en la siguiente etnografía:

“Yo la veo frustrante, para mí, frustrante. Y para muchas personas que sí, que vienen de su país, es un cambio brusco, es un trauma terrible. Para mí fue terrible, creo que estuve con depresión; ahora sé que era depresión porque entonces no sabía ni qué era. Vivir se hace esclavizante, entre el trabajo y el hogar, no queda tiempo para uno como persona”. (CI-2)

“Llegar aquí y sentirme así; estaba sola en esa casa, no teníamos nada, porque teníamos que pagar la deuda en mi país; él se iba a trabajar en el campo y me dejaba allí sola en la casa...[.] Y yo decía, cómo voy a ser capaz, si yo estoy bien, yo no estoy loca... Y al final muy mal, me tuve que ir de aquella casa...[.] La doctora me dijo que si me daba otra vez esto, me podía quedar en el camino y no iba a llegar la próxima vez. Mi marido me ha apoyado muchísimo, y me ha ayudado muchísimo porque yo le quería un montón, y de estar separados...y luego volver. De los dos se hace la fuerza. Si uno está deprimido, pues el otro está mejor”. (CI-4)

“He conocido gente muy buena y he tenido la oportunidad de trabajar y gracias a Dios y a las

personas le puedo colaborar a mis hijas. Pero no estoy contenta porque no estoy con mis seres queridos, mis hijas, mis nietas, mi padre, mis hermanas.....estoy alejada de lo que es la vida mía. Cada uno puede salir adelante y tenemos que estar aquí” (CI-8)

“Aquí tengo más dinero pero allí tengo a las personas. No da la felicidad. Añoro a mi madre, a mi abuela, a mi hijo...Mi abuela desgraciadamente murió cuando yo ya estaba aquí, y eso me duele bastantísimo”. (CI-9)

“Al principio casi las dos nos enfermamos de depresión, lamentándonos de lo que no teníamos y deseábamos tener, entonces no éramos felices. Sabes que hay veces que uno se siente como impotente, solo, imagínate tú en un país solo, sin familia, solo, solo, completamente solo...”(CI-13)

“Míre, yo sufrí mucho; durante 4 años quería ver a mis hijos. Yo estaba irregularizada desde 2002.[...] Mis hijos me echan la culpa porque me he venido. Para mí, por una parte siento que estoy bien porque mando dinero; pero ellos no me comprenden. Dicen que yo los he dejado muy pequeños, la niña tiene 15 años y me dice que por qué me vine”. ”(CI-15)

“ Pues por un lado sí porque he conseguido algo, pero no conforme porque tengo toda mi familia allá. A veces me deprimó mucho, por las noches me pongo a llorar. Para mal creo que ha sido el cambio, es que estoy sola, lejos de mi gente, de mi madre, de mi hija, de mis hermanos. Allí todo el mundo me conoce y el estar lejos de todas las personas que te quieren afecta muchísimo”. (CI-17)

“Sí aconsejaría que vengan acá, pero tienen que sufrir mucho y endeudarse” (Llora) (CI-19)

“Para mí fue muy catastrófico, en el sentido de que la gente, que muchos más se vinieron conmigo, pero ellos no pudieron soportar; a los 15 días se vinieron de nuevo a nuestro país. Para mí ha sido, al principio que llegué...llegué bien, pero todavía no sentía que extrañaba a mis hijas. Pero luego, pasado un mes, sentía que me faltaban, y lloraba por mis hijas, casi todos los días. Y un año casi me he pasado, llorando y llorando, “que quiero ver a mis hijas..”, y pedía a Diosito, Señor. Espero que algún día tenga un papel que diga que puedo salir y entrar, y ver a mis hijas, porque es agobiante, de verdad. Las llamaba por teléfono, pero no era igual. Y ya, pues quería ir yo a verlas. Y hacía ya tres años o así que no las veía, y en Julio del año pasado, me fui a verlas y me alegró mucho. Pero sí me impactó. Muchas amigas han venido aquí y no han durado ni un mes y se han ido porque han dejado a sus hijos allí. Por eso yo digo que si alguien viene, tiene que venir con toda la familia”.(CI-21)

“Al llegar acá era para mi, verdaderamente, por mis hijas yo extrañaba bastante, tenía ganas de regresar por mis hijas... porque quedaron con mi familia, pero el cariño de la madre o del padre no lo tiene la misma familia para mis hijas”. (CI-22)

“Hay gente que llega y tiene aquí a sus parientes o alguien que le ayuda. Pero sufrir, sufre alguien que no puede adaptarse todavía a las condiciones de aquí, y no sabe cómo vivir....es

muy diferente todo, todas las cosas allá y aquí. Todo el que viene es por situación económica, familiar o personal. Es por eso. Tengo abandonada a mi familia. Allí está mi hijo y mi madre".(CI-23)

En todos los casos, podemos identificar los estados de duelo y estrés que planteaba Achotegui, que vienen determinados por diversos factores, tales como la sensación de pérdida y las dificultades inherentes a la adaptación al nuevo entorno (Achotegui 2009). El síndrome de inmigrante con estrés crónico y múltiple (*Síndrome de Ulises*), fue planteado por dicho autor a raíz del duelo migratorio como un proceso parcial en relación al lugar de origen; recurrente debido a que se puede reavivar en función de los vínculos que permanecen activos; vinculado a la infancia; determinante de efectos a nivel de múltiples facetas entre las que se encuentra la identidad; factor regresivo psicológicamente estableciendo las etapas de un duelo y generador de sentimientos encontrados hacia el país de origen y de acogida, estableciendo un duelo que abarca distintas generaciones. De todas estas características, evidenciamos claramente en la etnografía la presencia de un duelo transgeneracional, que seguirá afectando a hijos y nietos tanto en sus lugares de origen como en el país de destino al ser un factor que influye en la integración y en la ciudadanía; la identidad es una faceta que también se ve afectada principalmente por la falta de integración en el nuevo medio; la recurrencia también se identifica en el duelo debido al mantenimiento del contacto periódicamente en el tiempo. Por un lado sienten que han hecho lo correcto por un compromiso con las personas y proyectos que tienen en sus lugares de origen; pero por otro lado, perciben que la vida aquí es especialmente difícil, incluso insoportable, sobre todo en el tiempo subsiguiente a la llegada, de manera que se identifican sentimientos y emociones encontradas que añaden nuevos estresores a los inmigrantes. Todo ello favorece un estado de regresión psicológica, de desprotección y de condiciones deficitarias para responder a los retos del nuevo entorno que sitúan al inmigrante en una situación de desprotección más agudizada aún. Detrás de este panorama se encuentra la elección de emigrar, que siendo una solución en sí misma elegida más o menos voluntariamente, implica una serie de problemas, entre ellos, el que estamos analizando en el colectivo de cuidadoras inmigrantes.

Según Guerrero y Morales, el bienestar general mental de las personas inmigradas depende en buena medida de las pautas de adaptación que desarrolla el propio individuo al enfrentarse a un nuevo y desconocido contexto sociocultural, y también, de las estrategias de aculturación y de los modelos de integración que predominan y se han generalizado en la sociedad receptora (Guerrero Muñoz, Morales Moreno 2005). Esto se refleja claramente en la etnografía, donde se aprecia que el movimiento migratorio se vive como un acontecimiento vital (*life event*) estresante, que hace más vulnerable al individuo

ante una situación caracterizada por un déficit de integración; se vive como una situación de pérdida, de estrés, aislacionismo, soledad, sentimientos de persecución, apatía, desesperanza, cambio de roles, preocupación por los conflictos en sus países de origen, etc..aspectos que actúan como factores de riesgo a nivel psicológico y que no deben ser analizados de manera aislada sino en conjunto.

Considerar la diferencia cultural como factor desencadenante de este problema añadido sería realizar un análisis quizá excesivamente reduccionista en tanto que, como hemos explicado anteriormente, son múltiples los factores que propician este hecho; sin embargo, son los aspectos sociales principalmente, y culturales secundariamente, los que influyen sobremanera en los inmigrantes a la hora de integrarse en el nuevo medio, siendo éste uno de los mayores desencadenantes de la perpetuación y problematización de los duelos migratorios según nuestro estudio.

En este sentido coincidimos con Rico Becerra al entender que esta problemática no es derivada de las características particulares del colectivo sino de la degradación sufrida en los procesos de integración (Rico Becerra 2009). Aludimos a estos aspectos a continuación al analizar las redes sociales.

Las redes migratorias ejercen un papel primordial también en la posterior integración en el mercado laboral tanto a nivel formal como informal. Sin embargo, esta red se puede volver un tanto disfuncional durante el transcurso del proceso de integración, debido a la influencia de diversos factores sociales y culturales del entorno al que se circunscriben los inmigrantes, que acaban desembocando en cierto aislamiento. Hablamos de una pérdida de eficacia de la red social y por tanto un déficit en sus redes de apoyo social, que Coleman denominaba "*capital social*" (Coleman 1990). Con este concepto se refería no sólo al conjunto de recursos sociales involucrados en las relaciones, sino también a las normas y valores asociados a dichas relaciones sociales; el incuestionable valor adaptativo y de integración que se presupone a las redes sociales se está transformando, de manera que son otros valores más enfocados a la solidaridad o la ayuda económica los que impregnan y caracterizan este tipo de soporte que provee la red.

Existe una red de apoyo social pero que no consigue cumplir todas las funciones y expectativas que se esperan de ella, de manera que lejos de promover la integración, favorece el aislacionismo. Coincidiendo con Lacomba, dicha red desempeña una incuestionable función en la acogida y en la fase inicial de adaptación, pero a su vez, genera un fenómeno de encapsulación (Lacomba 2001). En este sentido, Carbajal coincide al señalar que la red social de inmigrante tiene un papel fundamental en la adaptación de éste a la nueva sociedad, pero a su vez lo introduce en la clandestinización, es decir, reproduciendo el estilo de vida y estructuras propias de la ilegalidad (Carbajal Mendoza 2001). No obstante, cabe destacar que la red si que ofrece coberturas a efectos laborales o a

efectos puramente económicos. Ambos aspectos podemos identificarlos en nuestra etnografía:

C: " No me relaciono con nadie, porque yo llego en el día me voy de aquí a las 10 y vengo llegando de diez y media a once, entonces lo que hago es hacer los quehaceres de la casa y ya después me regreso para acá. No trato a nadie, pero no es porque sea mala persona sino porque no tengo tiempo. Yo salgo muy poco, tengo poco tiempo. Los fines de semana paso aquí todo el día desde el viernes hasta el lunes. En el verano iba a la playa a caminar".(CI-17)

"Tengo relación con todo el mundo. Además cuando están mis hijos, siempre están jugando con otros niños. Pero yo no procuro ir a muchos sitios de esos que hay gente de otras nacionalidades. Pero los niños están con otros niños de muchos sitios. No los dejo mucho que vayan con ellos, pero al fin y al cabo, en el colegio están todos juntos. Hacen los deberes juntos. Me gusta que tengan amigos, pero lo que no quiero es que tengan mucha relación con gente extraña". (CI-5,6)

"A la Iglesia sí suelo ir. Pero normalmente no voy a otros sitios donde va gente de otros países. Tengo algo de tiempo los lunes y los martes, que regreso a las 6. pero normalmente, no. Quizás soy poco sociable también. No me integro con las personas inmigrantes. No, no...Solamente voy y visito a mi hijo, que está con su pareja, y estamos allí. Me gusta ir a los centros comerciales. Me gusta ir a los parques a mirar a los niños...me voy con mi nieto...pero en sí, no mucho. Cuando uno se integra en ese grupo, las personas que son inmigrantes no salen de su grupo. Solamente te quedas ahí...sabes estar cómoda, sabes que comes lo mismo....qué sé yo. Tampoco tengo amistades porque no busco". (CI-11)

"No, no me voy a ningún sitio. Como tengo mi hija pequeña no me gusta ir a lugares donde fuman. Mi marido va a hacer deporte donde van todos, ahí en unas canchas donde van todos los ecuatorianos, y no me gusta porque hay mucha bulla, y tienen la comida ahí al aire libre, y uhh, no me llama mucho la atención, entonces me quedo en mi casa. Mi marido va a jugar fútbol y sí se va a eso. Aunque a la iglesia sí que vamos". (CI-2)

" Voy a la Iglesia. Veo a mi amiga de Molina, que tiene unos amigos colombianos, y me siento mejor. Con mi hijo comparto muy poco, muy poco. Me lo ha dejado un poco ver. Ya le digo, que las costumbres nuestras no son igual que las españolas, y su mujer es española. Él ha cambiado sus costumbres a lo de aquí." (CI-15)

"Sí, bueno, pero como somos nuevos y no tengo mucho tiempo viviendo ahí, pues sí, saludarse y ya está, porque como cada uno está en su trabajo, ya está, no hay más.... aunque dificultad no tenemos, por lo menos eso es lo principal, es importante. Pero la verdad es que no mucho así, no...solemos venir por aquí al monte que por eso es que reconoce el nene. Pero no, así como decir...cuando más he estado con gente ha sido cuando he estado en Cáritas con las monjas,

pero en otros sitios no...yo es que mi casa y poco más. Tengo un primo, que es con el que más nos relacionamos, y pues quedamos en la casa de ellos o en nuestra casa, pero así yo es que no soy muy amiguera...“(CI-3)

“La gente inmigrante viene aquí y nos volvemos egoístas. Cada quien quiere su dinero y quieren salir de su situación, tener más dinero...se hacen más duros de corazón. Cuando estamos en nuestro país, aunque no tengamos nada, a cualquier persona se le da un céntimo si está pidiendo en la calle. Pero aquí no, aquí te ven, alzan la cabeza y se van. La mayor parte de las personas que vienen aquí se dice que son egoístas. Se dedican mucho a beber, a hacer cosas que no hacen en su país...Allá la gente bebe, hay mucho para beber. Allá, los que más beben son los hombres. Pero yo veo que aquí también lo hacen las mujeres, doblándose. En mi país son muchos los que beben, desde los 13 ó 14 años, pero son hombres. Pero mujeres no se ven así. Las mujeres inmigrantes que vienen aquí, se dan a otra vida. No sé..Voy a la iglesia el domingo y vengo a hablar al locutorio. No me gusta llevar a la niña a las multitudes. Cuando hay mucha gente y lo ven a uno así, capaz que me pisan. No tengo visitas de nadie... No, familiares no. Ningún apoyo tengo. Tengo amigas, porque en el centro nos dan comida, reparten comida, porque tienen que ir a pedir. Pero a verme no van. Y yo no tengo a quién acudir a contarle mis problemas, a nadie, nadie. Yo no tengo casi contacto con gente de allá,. Pero yo contacto así con colombianos tengo muy poco. Nosotros no somos de estar en bailes, salimos muy poco”. (CI-8)

Hay muy pocos organismos que colaboren en el establecimiento y fortalecimiento de la red de apoyo social al inmigrante ya que estas personas no existen a nivel legal, y por tanto se multiplican las dificultades para que puedan ser sujetos de ayudas (Cebrián, Bodega & López Sala 2009).

De todos modos, Lacomba considera que también se identifican nuevas formas de vincularse con las sociedades de emigración para favorecer los flujos, no a través ya de lazos históricos o coloniales, sino como efecto de nuevas formas de contacto como el turismo o la presencia de las ONGs de cooperación para el desarrollo (Lacomba 2001).

Podemos apreciar que los propios inmigrantes a veces denominan y conceptualizan a los demás inmigrantes como personas extrañas, con quienes no se identifican como colectivo, aún habiendo recibido cierta ayuda por parte del mismo a su llegada. Por ello, aunque consideran que pertenecen a una red social, la realidad refleja en muchas ocasiones falta de apoyo social real, ligado tanto a las dificultades del proceso de integración por parte del entorno de recepción, como a una cierta e incluso inconsciente negación del mismo por su parte.

Los grupos de inmigrantes comparten espacios públicos y privados cuyos usos sociales se centran en el establecimiento de lazos y relaciones de paisanaje. Así, tanto las zonas en las que se ubican las viviendas como dichos espacios públicos determinan en gran medida el establecimiento de la red social, su mantenimiento y el proceso de integración.

Según Checa, la opinión de los españoles respecto a dónde deben vivir los extranjeros indica que no deberían estar concentrados en barrios, para que su integración sea más efectiva y rápida, ya que su concentración- o guetización- la dificulta sobremanera; a este respecto, se propone que debería ponerse en práctica una política de dispersión por barrios, que evite esos posibles guetos (Checa 2004).

En la concepción de la pobreza según la Escuela de Chicago, ésta es inseparable de su concepto de gueto. Y el de gueto, a su vez, de las ideas que sobre la ciudad tenían sus componentes.

La Escuela de Chicago planteó que el hacinamiento de los pobres en comunidades aisladas espacial, social y culturalmente determinaba la aparición de guetos; así, el gueto, entendido como comunidad pobre influye en el comportamiento de los individuos, contribuyendo al mantenimiento de la pobreza y al de determinadas patologías sociales, relacionándose siempre con grupos de inmigrantes recién llegados en proceso de integración a la nueva cultura (Monreal 1996). El gueto, entendido como grupo segregado parece ser tanto el resultado de la dominación por parte de un grupo o sociedad dominante, como la forma de mantener y preservar sus formas culturales y concepciones de vida por parte del grupo minoritario.

En los años 90, se añade que el gueto es, no sólo un espacio de segregación, sino también el lugar donde los grupos subordinados pueden establecer estrategias económicas de supervivencia y mecanismos de resistencia cultural. Así, observamos que doblemente se reafirma la *diferencia* de los grupos inmigrantes, producida a modo de exclusión social y reivindicación cultural.

Los postulados de la Cultura de la pobreza están íntimamente relacionados con la vida de los inmigrantes en las ciudades y países capitalistas, como una manera de expresar la otra cara de la estructura socioeconómica y política de la sociedad del bienestar. Este planteamiento teórico vinculó por un tiempo la cultura de la pobreza con determinados grupos étnicos; sin embargo, a partir de los años 70, la identidad se establece como un elemento neutral que no se cuestiona como factor determinante de la pobreza. Así, según Lewis, en el momento en el que los pobres adquieren una conciencia de clase o emprenden actividades asociativas, políticas o sindicales, dejan de tener una cultura de la pobreza (Monreal 1996).

En el caso de los cuidadores inmigrantes estudiados, en muchas ocasiones se pueden identificar en sus modos de vida ciertos rasgos de la cultura de la pobreza, tales como las características de la familia (desestructuradas principalmente), el trabajo (informal), frecuencia de familias encabezadas por mujeres, que en muchas ocasiones se asocia a su vez al fenómeno de la feminización de la pobreza, etc.. ocurriendo todo ello

especialmente en las fases inmediatamente posteriores a su llegada al nuevo entorno; a este hecho añadimos las manifestaciones y aspectos que denotan déficit de integración social, aunque no se descarta la obtención y alcance de mejores condiciones de vida de forma progresiva.

Es interesante comprobar que nuestros hallazgos coinciden con los de Carbajal, procedentes de un estudio realizado con inmigrantes latinoamericanas en Suiza; aunque existen diferencias políticas, sociales y culturales entre ambos contextos de estudio, se constata igualmente que el papel de refuerzo y reproducción que ejercen las redes migratorias como una estrategia de supervivencia frente a la pobreza, con resultados eficaces (Carbajal Mendoza 2001).

A este respecto, cabe destacar algunas ideas apuntadas por Martínez Veiga, que considera importante diferenciar bien los términos “*red migratoria*” y “*red mafiosa*” en tanto que la red migratoria es necesaria para poder entender el proceso de las migraciones, siendo algo normal, neutral y que debe utilizarse sin ningún tipo de prejuicio (Martínez Veiga 1997). Es cierto que la red migratoria puede utilizarse para el tráfico de drogas, armas, prostitución...pero también es el soporte para traer a niños enfermos, importación de materias primas, fuerza de trabajo, etc... basada en los principios de la reciprocidad económica y de fuertes lazos de parentesco. Dichos lazos de parentesco son una característica muy importante de la red migratoria que favorece la aparición de familias multinucleares, es decir, unidades domésticas dispersas espacialmente, estando sus miembros en dos países diferentes. Las redes de relaciones y la familia cobran una importancia tal en el entramado migratorio; en muchos países se le da más protagonismo a las casas o unidades domésticas que permiten una distribución de la unidad familiar en distintos núcleos frente a aspectos derivados de la propia consanguinidad.

I: ¿Tienes relación con otras personas?

C: Sí, con mi hermano

I: ¿Qué haces cuando tienes un problema? ¿Tienes a quién contárselo?

C: Solamente a mi hermana o a mi hermano; es con los únicos que tengo confianza. Con los demás no tengo contacto ni confianza”. (27-CI)

En el proceso migratorio, generalmente no se establecen los lazos de la red social a posteriori (salvo personas del país de acogida), sino que, el individuo que se encuentra inmerso en una red de relaciones en su país de origen, tiene muchas ventajas a la hora de emigrar y adaptarse a la sociedad receptora.

Estableciendo de nuevo un paralelismo entre los procesos migratorios y los ritos de paso de Van Gennep, podríamos identificar una serie de etapas de aproximación entre extranjeros y autóctonos que, según el lugar, varía en duración y complicación. “*Pero tanto si se trata de colectividades como de individuos, el*

mecanismo es siempre el mismo: detención, espera, paso, entrada y agregación” (Van Gennep 1969). Ciertamente podríamos identificar estas fases en la realidad de las personas inmigrantes en tanto que tardan un tiempo en adaptarse socioculturalmente así como en regularizar su situación, periodo durante el cual permanecen en una situación liminar.

“Hemos visto al individuo categorizado en compartimentos diversos, sincrónica o sucesivamente, y obligado, para pasar de uno a otro a fin de poder agruparse con individuos categorizados en otros compartimentos, a someterse, desde el día de su nacimiento al de su muerte, a ceremonias frecuentemente distintas en sus formas, semejantes en su mecanismo” (Van Gennep 1969:24)

Así, podemos observar que las dificultades en la integración del inmigrante aumentan hasta el momento en el que consiguen regularizar su situación, de manera que este factor, que en gran medida depende de la red de apoyo autóctona, determina la duración y las condiciones de su situación de liminaridad. No obstante, la situación de falta de integración social puede perpetuarse después incluso de regularizar a efectos legales su situación en el país de destino, tal y como comprobaremos más adelante al profundizar etnográficamente en la situación de las cuidadoras informales inmigrantes que trabajan en los entornos domésticos.

Esta red social de apoyo existe, aunque, coincidiendo con otros muchos autores como de Miguel Luken, a pesar de presentar ciertos aspectos negativos derivados de la capacidad sancionadora ejercida a través de prácticas de control dentro de una comunidad que se vuelve hermética (Pascual de Sans, de Miguel Luken & Solana Solana 2007); a pesar de ello, dicha red se manifiesta en muchos casos funcionalmente, como podemos comprobar a continuación:

“Pero la señora decía: mejor te consigues tú ese dinerito; ¿qué vas a hacer entonces?... ese dinero para que te traigas a tu hija. A la semana de estar aquí en la casa conocí a una religiosa, que era de Granada, y como el médico con el que trabajo ahora es de allá, pues mira me hizo un favor. Me dijo: mira, tengo un problema con la madre de un amigo, que necesita a una persona que le cuide a su madre y son 3 que le mando a la semana... y no funcionan. Nada. Pues mira, y estuve con él tres años”. (CI-15)

“Ellos siempre me han estado llamando, y estamos hablando, siempre quedamos, voy a su casa, o llevo al nene..o sea que yo, donde he trabajado he quedado bien, no he dicho que yo a ese trabajo, yo qué sé, de no volver más, o decir que a esa casa nunca vuelvo; no. Yo, donde he trabajado ha mantenido buena relación y buen contacto.[..] Más bien me ha ayudado gente

española; será más bien porque los he tenido cerca, no sé, pero de esos más he sentido que tenía ayuda". (CI-3)

"La niña fue buena. Me dijo que me iba a ayudar con los papeles". (16-CI)

Las redes sociales juegan un papel fundamental en la obtención del empleo. Las redes estructuran en parte la demanda e inciden también en la oferta. Ayudan a explicar también cuál es la razón de que exista una gran concentración étnica de gente en determinados trabajos, debido a las redes familiares transnacionales establecidas y al perfil laboral que se necesita actualmente en nuestro entorno.

Como han señalado De Lucas, Castles, Castells e Izquierdo, estamos ante un mundo que ya no es un espacio de lugares sino un espacio de movimientos y redes, de flujos: se trata de fenómenos de flujos, y no de movimientos unidireccionales, con movimientos de salida, no sólo de entrada, algo que las estadísticas se resisten a incluir (De Lucas 2006) (Castles, Miller 2004) (Castells 1996) (Izquierdo Escribano 2002).

6.1.3 Aspectos legislativos, ciudadanía y Estado de bienestar

6.1.3.1 Aspectos legislativos

Los flujos migratorios intentan ser controlados por parte de los países de destino a través de medidas legislativas. La Ley de Extranjería es, en este caso, el respaldo legal creado por el Estado Español para tal fin. La aplicación de dicha, ley, que cuenta con luces y sombras, ha dado lugar a situaciones muy dispares dentro del colectivo inmigrante, teniendo a su vez gran cantidad de consecuencias y aspectos que son percibidos de muy diversas maneras tanto por parte de los inmigrantes (regularizados y no regularizados) como por los autóctonos del país. Adentrándonos en la percepción general sobre dicha medida legislativa, se evidencia en términos generales gran descontento, como observamos a continuación:

C: "Yo creo que nos tratan como...los trámites son lentos, y además, que el trato con la gente es muy distante, muy frío, será porque como ven que vienen y se comportan de todo, nos tratan a todos por igual. Yo pienso en estos chicos de Marruecos, les pegaban... Yo he vivido en la situación de ellos,...y es muy lenta.[..] Pienso que debería ser por casos más que por ley general. Que existiera un trato más personificado. Que no se vea sólo papel sino que se vea a la persona

I: ¿piensas que tienes ahora los mismos derechos que los demás?

C: no, no, claro que no". (CI-2)

"Pero para obtener los papeles...¡ay, madre!, eso es...un poco complicado. Hay gente que sí que lo tiene fácil, que le dan los papeles, pero en otros sitios...no. Yo qué sé...eso depende de cada

jefe. Hay gente que le gusta tener gente ilegal, que se ahorran el dinero de la Seguridad Social o por lo que sea, pues si no tienes papeles, mejor. Pero cuando les dices a una oferta de un contrato, se asustan. Entonces, te dicen, detrás de ti hay un montón de gente. Si quieres trabajar así, trabaja, y si no..mi marido ya estuvo en la construcción y fue un buen hombre quien le dio los papeles habiendo trabajado sólo 2 meses con él en la fruta. Fue él quien le hizo el contrato y le tardaron un poco los papeles, pero a la larga le salió bien. Pero ese hombre, sin haber estado mucho tiempo, sin haberle preguntado tantas cosas, sin haberle puesto condiciones, ni que trabajara allí para siempre ni nada, pues fue así, le dio los papeles. Él tiene papeles ahora. Yo lo saqué por mi lado, porque también, una buena mujer, porque es una buena mujer con la que sigo teniendo contacto con ella porque le cuidaba yo a su padre...Ellos me hicieron los papeles sin conocerme apenas también, porque yo fui de las monjas. Yo necesitaba un trabajo pero también necesitaba mis papeles.(CI-2)

“Lo que no veo normal es que lleve un proceso tan largo...es que le ponen tantas trabas...eso yo no sé. Será mejor para nosotros...no lo sé. Pero es que es una cosa...yo creo que debería haber 2, 3, 4 ó 5 oficinas, las que hagan falta, porque ir a extranjería...es para morir. Las veces que he tenido que ir ahí....Eso es una cosa, que la verdad, la verdad, para ser Murcia, es una cosa que no debería estar así. Yo creo que eso en mi país está bien, por la corrupción, por muchas cosas que pasan ahí, pero yo creo que eso aquí no debería existir eso. Hace tiempo abrieron dos oficinas para hacerse los papeles, una por Ronda Norte, me parece y la otra estaba por la Catedral o por ahí, en Murcia Acoge. Pero había como 3 oficinas y no había esa aglomeración que coges ahí en Extranjería, que madre mía, es una locura. El que lo ve de fuera, lo ve bonito, pero el que se va a pasar ahí, que se va desde las 5 de la mañana y llega otro, y se cuele...y eso es..de verdad, eso es horrible

I:¿Sientes que tienes todos los derechos, te sientes de pleno derecho aquí?

C: Sí, de momento nadie me los ha negado, donde haya ido, en el médico o donde sea. El único sitio donde lo pasé mal fue en extranjería, que fue un poquito...pero como todo...”(CI-3).

C:“En aquel momento, mi jefa no me quiso dar esos 8 días de vacaciones, me dijo que no, que de ninguna manera, que “quién la iba a cuidar a ella en la cama”.Y yo, como necesitaba trabajar y ella decía “ anda, si usted no viene, yo tengo que buscar a otra persona”, pues volví a trabajar, y gracias a Dios no me pasó nada. Seguía llevando ese estrés que yo llevaba de vida así. Mi esposo en Ecuador, que no sabía si iba a volver, porque decía que era un engaño del Gobierno, para echar gente de aquí, que decían que no querían más extranjeros aquí. Y yo decía, “qué voy a hacer, aquí sola con mi hija”.Y fue quedarme en ese trabajo porque mi jefa que yo tenía antes, se fue a la playa en verano, y me dejó sin trabajo. Y me dijo, “cuando yo vuelva, le daré algo de dinero, no el sueldo completo pero algo le daré”. Y me dejó así. Y me dejó sin trabajo y yo, como me veía en esa situación, entonces me fui con esta señora, a trabajar interna. Se quedaba mi

hija con mi amiga y yo seguía trabajando allí. Y yo le decía que iba a ir sólo de día porque a la noche yo quería estar con mi hija. Empecé externa, de 8 de la mañana hasta las 8 de la noche. Y todo ese tiempo sin ver a mi hija. Él volvió a España, pero sin trabajo, y como yo estaba en la casa de esa señora, mi sueldo nos alcanzaba para comer los dos. Durante un mes no pudo salir a la calle porque estaba ilegal, y decían que estaban buscando a los ilegales y le podían mandar a su país, entonces lo encerraba en la casa con la niña.

No le decía nada a mi esposo, todo me aguantaba yo. Me dolía o lo que fuera, pero yo me aguantaba igual y me iba a trabajar. A veces amanecía con fiebre, con la garganta fatal, o me cogía la lluvia, pero daba igual, me levantaba y me iba. Y yo no tenía tiempo de enfermarme ni quedarme en la cama, ni nada, ni medio día, ni nada. Nunca me he quedado en casa porque he tenido fiebre o tos, nunca, nunca, como sea, siempre he estado trabajando, y en el bar era igual. Y mi esposo se enfadaba conmigo y decía, "Ana, te puedes morir. A veces tú estas mal". Tenía un tiempo que en el invierno siempre estaba con la garganta, siempre, y con fiebre, y con dolor de todo el cuerpo y me tocaba y me dolía. Y así me iba al bar porque decía, "¿y quién va a estar hoy en el bar si no estoy yo? Si mi jefa ya se fue..". Era muy responsable en ese sentido, y llegaba temblando, y metía las manos en el agua fría, y me hacía así..el cuerpo. Y mi jefa venía y decía, "yo te veo colorada, ¿qué te pasa?". Pues yo le decía, "igual tengo un poco de fiebre pero no pasa nada". Dice "muchacha, estás enferma; si estás mala vete a tu casa, no te quedes aquí así", y bueno, cuando decía, "vete, vete, yo no quiero que te pase nada malo. No sé cómo eres capaz. Eres demasiado responsable. Cualquiera otra como tú, se quedaría en su casa una semana entera hasta que no se ponga bien y vuelve". Lo que yo no quería era perder el puesto de trabajo que tenía. Y la regularización fue un proceso muy lento y muy difícil para nosotros. De no entender nada, de no saber la ley de aquí de España, que nos pedían muchos papeles, muchas cosas, pocos sitios de dónde sacarlos, poca información... fue muy duro, muy lento, tardó más de un año y medio".(CI-4)

C: "Muy bien me parece la ley. Antes estábamos sin papeles. En mi tierra hay mucha corrupción de lo que es pagar, y te lo solucionan. Hasta en la salud; pagas y el médico te atiende; si no, hay que dejar que te mueras. Aquí pasa lo mismo pero no se puede pagar....si se pudiera pagar, nos atenderían antes. Mi niño está enfermo con la alergia, y nos toca en Marzo del año que viene. ¿qué pasa si le da una crisis antes? La situación aquí en España funciona así, y no puedes hacer nada. En mi tierra, vas y pagas y por lo menos, te atienden.

I: ¿Qué pasa cuando estáis enfermas?

C6: Que nos despiden. Intentamos no ponernos enfermas

C5: Cuando estamos enfermas no cobramos; eso es lo normal. Aunque aumentan, no les van a dar más derechos de trabajo .Pero la sociedad se nos echa a la espalda. Yo veo muy bien el trabajo si dejamos a la familia. No tengo vacaciones. En el mes del verano, pues vale que si no me pagan, no trabaje, pero es que en ese mes la familia no sabe cómo cuidarlo". (CI-5,6)

C: *“Eso es muy malo; aquí piden papeles y sin papeles no te quieren coger para trabajo, o no te quieren pagar la Seguridad Social...la mayor parte de la gente no quiere, eso no lo aceptan. O sea, la persona, cuando no tiene papeles, problema. Cuando tiene papeles, igual. Porque la persona lo que quiere a veces, es que le ayuden a pagar la Seguridad Social y la gente no lo coge en el trabajo porque tiene que pagársela. Eso no debería ser así.*

I: *¿Estás cómoda aquí?*

C: *No, no, ahora mismo no. Me faltan muchos derechos todavía, muchos; unos cuantos..” (CI-7).*

C: *“ Hay partes que las veo injustas, porque si, por ejemplo, se ha ido un matrimonio, de pronto lo digo por el mío, que en el tiempo que llevamos aquí no hemos tenido problema con la ley, deberían darnos la oportunidad de traernos a nuestras hijas. Así es que son mayores de edad, pero es una oportunidad que le están dando a otra persona de que pueda venir acá y salir adelante o trabajar cuidando personas que necesitan aquí ayuda. Pero muchas veces, ¿sabe?, la ley da más facilidad a la persona que viene a hacer daño. Pues a la gente que tenemos aquí a los nietos o a los hijos, deberían de darnos la oportunidad de que tengan los papeles también ellos. No puedo salir a mi país porque no tengo con quién dejarla a ella. Si yo me la llevo, no la volveré a traer. Desde hace dos años no voy a mi país por eso”.(CI-8)*

“Un caso, fue una señora, que me quería pagar 300 euros, sin pagarme la seguridad social y debía estar toda la mañana y toda la tarde, y yo le decía que era muy poco. Me decían “¿cómo va a ser poco, si te quieres traer aquí a tu hija?”. Y yo les dije que para ganar 300 euros y gastármelos en que cuiden a mi hija, para eso, me quedo en mi casa y la cuido yo misma, y puedo estar con ella. Aquí puedo estar con ella, sin que me estén estresando. Hay gente que te lo dice por humillarte, y no....como que te hacen un favor.”.(CI-9)

“Yo estoy trabajando siete meses con esta señora; entré en el mes de Mayo, y como te digo estoy interna. ¿Tú conoces algo de la ley de trabajo? ¿tú sabes qué días festivos me tocan? ¿tú sabes si yo tengo vacaciones? ¿tú sabes qué me corresponde durante el año de trabajo?...a mí no me dan nada...¿Y el salario? Yo gano 700 euros mensualmente, pero aparte del sueldo no sé si tengo otros beneficios; ¿yo tengo pagas extras o aguinaldo? No me dan nada”.(CI-11)

“Que está bien porque con las cosas que pasan tienen razón de hacer lo que hacen”.(CI-12)

“La ley de extranjería...Bueno, pues como yo ya fui extranjera en Venezuela, a mí me parece aquí un poco más fácil. Aquí nos dijeron que dentro de 3 años nos daban documentos; vamos a ver....lo que hubo fue una regularización; pero como nosotros vinimos 6 meses después del plazo para eso...no puedo decir si es justo o injusto porque yo no lo sé. Uno tiene que ver...unas veces se dice que la ley es injusta, pero puede ser que la ley no se la conozca bien. Siempre tiene que haber unos trámites; eso es normal.” (CI-13)

“Yo me ganaba 300 euros porque no conseguía trabajo, y con eso yo me pagaba la seguridad social. Desde Mayo de 2005, no me he dado de alta, porque dicen que para mí es mejor. Yo quiero pedir la nacionalidad, que me encantaría, por mi hijo, porque ya tengo dos nietas aquí, porque aquí se vive muy bien. Yo tengo una amiga, que vino; cuidaba a un enfermo, y como ganaba 500 euros, dejó de pagar a la Seguridad Social. Y cuando metió los papeles quedó otra vez ilegal, porque no había pagado a la Seguridad Social. Y a veces, uno mismo, los inmigrantes, dañamos los trabajos. Yo, cuando vine aquí, ganaba 120.000 Pts..unos 700 euros, una interna, y libraba los sábados desde las dos de la tarde hasta el domingo a las 10-11 de la mañana. Ahora nada más dan el domingo en la mañana y ya te tienes que presentar otra vez, porque no te valoran tu trabajo, porque ya te digo, yo no tengo que hablar de estas chicas, porque solamente la inmigración no ha perjudicado a las españolas. Yo como con varias amigas que trabajaban en casas limpiando, ganándose 80.000 pesetas; llega un inmigrante y lo hace por 40.000. Eso no está bien.” (CI-15)

“Yo no se mucho de eso pero veo que no hay un proceso donde se pueden legalizar a las personas cuando llegan. Yo se que hay excepciones, por ejemplo una persona que si viene a trabajar, que somos tranquilas que no tenemos ningún vicio, si las deberían de legalizar. Si yo estuviera legal tendría más ayuda y estaría mejor”. (CI-17)

C: “Con la Ley de Zapatero pues, como ya estaba con la señora con la que yo trabajaba con los niños, me dijo, “mira, yo te voy a hacer el contrato y ya tú te encargas de meter los papeles”. Menos mal que vino la regularización y ya metí los papeles y me salió al mes. Y ya tengo dos años con los papeles. Hace tres años era ilegal; dos años, legal.” (CI-21)

Como podemos observar, existen alusiones principalmente negativas en cuanto a la percepción de la Ley por parte de los inmigrantes, tales como la existencia de un exceso de burocracia y un periodo de tiempo excesivo para poder alcanzar la situación de regularización a través de estos trámites. Se aprecia cierto malestar respecto a la manera en que se aplica la ley a todo el colectivo, tendiendo a generalizar situaciones individuales, que en infinidad de ocasiones llevan aparejadas circunstancias personales muy dispares; aseguran percibir sentimientos de despersonalización como objetos de aplicación de la ley. Otra percepción negativa muy frecuente refiere a unas pésimas condiciones laborales junto con la ausencia de muchos de los derechos básicos de todo trabajador; ejemplos como no poder ausentarse del trabajo cuando se está enfermo, despedir a los trabajadores en vacaciones, no retribuir vacaciones en caso de que las haya, no dar días libres, etc...Son sólo algunas de las evidencias que demuestran las difíciles condiciones laborales que encuentran los inmigrantes a su llegada al país de destino.

Refieren a su vez, falta de ayudas y de apoyo por parte de la sociedad española ante su desventaja a la hora de optar por una vida con cierto nivel de bienestar. No refieren encontrar apoyos desde los ciudadanos españoles salvo en algunas excepciones en que el empleador decide regularizar su situación con un contrato de trabajo y activar su

cotización en la Seguridad Social, pero las referencias a este tema son escasas, no siendo la situación de la mayoría de los individuos entrevistados.

También existen aspectos positivos valorados por los inmigrantes a raíz de la regulación legislativa de la Ley de Extranjería, tales como la posibilidad de conseguir una reunificación familiar en España, y traer a uno o varios miembros de su familia desde el país de origen. Por otro lado, la valoración sobre la atención sanitaria es mayoritariamente positiva, aspecto que destacan en lo referente a las condiciones de vida a las que optan en España.

Sin embargo, las opiniones respecto a la regulación legislativa de la inmigración por parte de los españoles difieren sensiblemente, tal y como se evidencia también en la etnografía que prosigue:

“Yo te voy a decir una cosa: yo he sido inmigrante, yo estuve en Alemania. Pero eran muy distintas las cosas de aquí para allá. Muy distintas a las que yo veo de allá para acá. Yo, cuando me fui a Alemania, me fui con mis papeles, me fui con mis reconocimientos hechos, yo me fui a un sitio a trabajar, me trataron como una reina, porque yo respondía muy bien a mi trabajo; yo soy una persona muy activa y siempre he defendido mi trabajo y lo he hecho todo al dedillo. Yo me fui con una situación legal clara y con un trabajo, con un respaldo. Los jefes fueron a recogerme a mi marido y a mí a la estación. Y luego me llevé a mis hijos allí. ¿Me comprendes? La lástima es que no pude estar más tiempo allí”. (CF-1)

“Si es que aquí están. Pero bueno, ¿quién tiene poder para arreglar eso? El gobierno lo único que cogen es el voto, y se ha terminado. Y no controlan que están entrando por todos lados y yo no lo comprendo porque si yo estoy pasando hambre o veo a mis hijos que están pasando hambre, yo paso a otro país y me dicen que me van a hacer algo, y aunque sea mentira porque se está viendo que es todo mentira, pues yo me arriesgo también a pasar. ¿Cómo van a encontrar lo que esperaban? Si es como cuando a un crío le pones delante un caramelo, pues se va derecho a la golosina. Pues los pobres estos ¿qué pasa? Pues están pasándolo muy mal y se vienen, pero es que no; la culpa ya no es de ellos tampoco; la culpa es de quien le pone delante la golosina siendo mentira. Porque tú, si hacen falta 100 personas, no metas a 3 millones de personas. No puede ser. Y ¿quién lo está pagando? Ellos por un lado, y los que no se ven por otro...” (CF-30)

“Pues debería regularse con un contrato de trabajo” (CF-31)

Se advierte una percepción negativa sobre el fenómeno migratorio, exponiendo que el contrato laboral debería ser requisito previo a la entrada en el país. Esta observación resulta paradójica si tenemos en cuenta las reticencias que existen por parte de los

españoles en general, a realizar contratos de trabajo a los inmigrantes o a colaborar activamente en sus procesos de regularización de esta manera.

Muchos de los inmigrantes que consiguen regularizar su situación pueden volver a caer de nuevo en la ilegalidad dependiendo de su situación laboral; si ésta se limita solamente a actividades dentro del mercado informal (principalmente agricultura y servicio doméstico), pierden su estatus de legalidad. Es el acceso al mercado legal de trabajo el que genera las fluctuaciones entre legalidad/ilegalidad; el trabajo en la economía sumergida se convierte, al mismo tiempo, en la única opción laboral creándose un círculo vicioso que mantiene a los inmigrantes en la ilegalidad, lo cual, hace más difícil su integración y más improbable que se les ofrezca un trabajo formal (Solé 2001). No obstante, el ámbito que nos interesa estudiar, es decir, el cuidado a personas dependientes en los entornos domésticos, continuará siendo mayoritariamente informal según las medidas y políticas sociosanitarias actuales.

Así, también se critica en cierto modo no sólo a la medida legislativa en sí, sino a los responsables políticos y jurídicos que, al parecer, propician indirectamente la situación que se vive actualmente. En ningún momento se advierten los efectos positivos de la inmigración a nivel de fuerza de trabajo, de natalidad, de disminución de la media de la edad poblacional o de posibilidades de enriquecimiento cultural.

Según Checa, la opinión general de los españoles a este respecto es que *“sólo entren los necesarios”*. Respecto a limitar su entrada, la mayoría de españoles se decanta por el cierre de fronteras, añadiendo la idea de que *“deberían regresar todos a sus países de origen”*. La mayor aceptación para ser acogidos e integrados, por colectivos, la alcanzan los sudamericanos y europeos del este; el rechazo mayor se concentra en los norteafricanos o magrebíes y africanos subsaharianos; mientras que el 40% opina que debe favorecerse la integración, el 14% optaría por devolver a su país a los ilegalizados (Checa 2004). En este estudio al que aludimos, se perciben incongruencias entre un discurso social a favor de la integración y sin embargo, a la vez se manifiestan actitudes que promueven el rechazo y la exclusión; sin embargo, en nuestra etnografía realizada entre españoles se refleja una postura clara en contra de la inmigración y una opinión negativa frente a las medidas legislativas que están regulando el proceso.

En cuanto a las oportunidades que ofrece un país como España al inmigrante que llega, la percepción es también negativa en tanto que consideran que la situación de irregularización les resta oportunidades, y por tanto, de alguna manera, identifican la medida legislativa como responsable o culpable de su déficit de oportunidades y respaldo para los ciudadanos españoles de cara a exigir condiciones laborales que no respetan los derechos de los trabajadores y sentirse obligados a desempeñar trabajos muy poco cualificados; podemos observarlo en apreciaciones tales como:

“Yo creo que las españolas tienen más oportunidades” (CI-15)

“Yo pienso que, siendo uno de su propio país, tiene más oportunidades, porque aquí, por ejemplo, mi hija, si tuviera documentos, estaría trabajando en lo suyo, pero como no tenemos documentos, tiene que estar limpiando casas. Entonces, la española tiene más oportunidades, pero como te dije anteriormente, si las aprovecha...” (CI-13)

“Aunque no gusta cuando lo decimos, pero se abusa mucho; que lo sepan. Te tratan como un trabajador, pero no como un amigo o como cercano, que es como tú intentas hacer y acercarte a ellos. Si necesitan una semana también por la noche, aunque trabajes también de día y no pides que venga alguien a relevarte, lo haces porque quieres ayudarles. Pero ellos, si te pasa algo, te pones enferma, y estás dos días sin trabajar, al tercero te despiden o te lo quitan del sueldo, aunque tú te hayas quedado las semanas enteras haciéndoles un favor. Te lo digo porque a mí me ha pasado. Yo he trabajado antes con un niño, y yo he estado toda la noche con él porque se ponía malito y le salían los dientes y eso. Yo, un día le pregunté qué pasaría si yo me ponía enferma. Me dijeron que primero me despedían y que además, no me arreglarían los papeles. Le gustaba vestir al niño de azul clarito o blanco, planchado a la raya. Tenía que llevar al niño así, porque a ella le gustaba. Pero a mí me despedirían si enfermaba. Tenemos arreglados todos los papeles”. (CI- 5,6)

C:“ No...Para mí que no es igual en cuanto a oportunidades. Yo he visto a muchas personas que tienen papeles y todo y no les sirve de nada. Yo tengo amigas que han venido hace mucho tiempo, 2 ó 3 años y están sin trabajo, y tienen papeles y todo. Lo único es que se pagan la seguridad social. Aquí no se beneficia al inmigrante.” (CI-7)

C:“Empezó mi hijo a averiguar en universidades, a buscar cursos, a buscar en internet, y me dice: mamá, no puedo entrar. Incluso no puedo optar ni a hacer el curso de Bachillerato, aunque yo ya soy Bachiller y soy universitario; no puedo optar aquí tampoco a eso. Necesita su permiso. En mi país, Fisioterapia es un título de 5 años, es un doctor; alguien que estudió Medicina y que sabe mucho. Pero aquí, no. Aquí es menos tiempo y a lo sumo se van a ocupar de atender a enfermos o personas mayores, nada más”. (CI-11)

La cuestión de la regularización es el punto de inflexión que plantea el debate y a su vez separa a aquellos inmigrantes que pueden y no pueden disfrutar del Estado de bienestar; existen argumentos tanto a favor como en contra de que un Estado de derecho reconozca o no a aquellas personas que se sitúan al margen de la legalidad. No se puede plantear un sistema en el que todo inmigrante irregular pueda ser beneficiario de un Estado de bienestar si no contribuye formalmente al mantenimiento del mismo a través de los impuestos; sin embargo, tampoco es operativo que un país obvie la existencia de

inmigrantes irregulares y no habilite ningún mecanismo para asegurar unas condiciones mínimas tanto éticamente como a nivel de derechos humanos.

Así, es la condición de regularización la que crea una clara división entre los inmigrantes con carácter legislativo, dando lugar a lo que se ha dado a conocer por Giménez como "*Cultura de la legalidad*" (Giménez Romero 2002).

Bien es cierto que una legislación no cambia a una sociedad, especialmente cuando ocurren importantes fenómenos sociales como el que estamos abordando; sin embargo, es la válvula que permite el paso de una situación de desprotección e invisibilidad a otra en la que se reconoce la ciudadanía y el estatus como trabajador útil en el mercado, estando ambas en juego, poniendo a su vez en tela de juicio la funcionalidad real del Estado de derecho, garante siempre de los derechos humanos.

La situación de irregularidad no es sólo un factor que limita directamente los derechos de la persona y su acceso a servicios sociales mínimos para una vida digna, sino que favorece la exclusión y falta de integración social, aspectos que se agudizan debido a que la situación de la ilegalidad de la inmigración se reviste de invisibilidad, siendo aspectos que nos interesan sobremanera en nuestro estudio y que justifican en buena parte, la elección de una investigación de tipo etnográfico.

De Lucas sostiene que la actual legislación es excluyente por sí misma, apoyando una política de inmigración basada en la invisibilidad, en una sociedad que no quiere inmigrantes sino mano de obra solamente (De Lucas 2006).

Este planteamiento coincide con la demanda que en los últimos años se ha generado para "*trabajadoras extranjeras*" en el desempeño de determinadas ocupaciones tradicionalmente consideradas como "*femeninas*", es decir, tareas del hogar, cuidados y limpieza (aspecto que abordaremos posteriormente). Este motivo hace que la inmigración ilegal sea más frecuente en mujeres que entre hombres, siendo casi el doble que el porcentaje detectado en otros países como Francia o Italia. La mayoría de hombres inmigrantes proceden de Marruecos, mientras que las mujeres son originarias principalmente de Asia y Latinoamérica. Este dato coincide con el hecho de que sean mujeres sólo un 30% de los extranjeros que residen legalmente en España, representando escasamente un 28% de las trabajadoras regularizadas (Solé 2001). Así, coincidimos con Solé al constatar que el patrón migratorio de la mujer en España suele asociarse a situaciones de irregularidad y de invisibilidad sociolaboral.

A este respecto, Carbajal aduce que el inmigrante está "*integrado*" en la ilegalidad, existiendo predominancia de lo informal sobre lo legal (Carbajal Mendoza 2001).

Por otro lado, este aspecto de la inmigración y el mercado laboral ligado a la economía sumergida es controvertido ya que, suele verse como un indicador de exceso de inmigración debido en mayor medida a la presión que genera la situación que se vive en muchos países de origen, y en menor medida a la oferta de trabajo en países de destino,

en los cuales, las tasas de desempleo son elevadas, estableciéndose cierto desequilibrio entre los factores *push/pull*. A nivel de mercado laboral, se identifican tantos riesgos a medio y largo plazo como beneficios a corto plazo, ya que, todos los estratos sociales se benefician de la presencia de inmigrantes, (sustitución y complementariedad en los trabajos), siempre y cuando continúen siendo ilegales.

Cabe destacar que referente a la percepción de desigualdad en cuanto a oportunidades, los inmigrantes señalan la imposibilidad de acceder a la educación superior o las dificultades a la hora del reconocimiento de títulos académicos en el país de destino. Esto acrecienta la sensación de limitación de opciones y cierre de puertas ante su nueva situación de vida.

Ante estas circunstancias de desprotección y desventaja en el entorno español para con los inmigrantes, ellos no dudan en acudir a pedir ayuda a alguna ONG, en tanto que es el único perfil de organismos que les brinda algo de apoyo. Las ayudas sociales procedentes del Estado son principalmente para inmigrantes regularizados, de forma que a los que más necesitan ayuda, se les deniega, convirtiéndose en un círculo cerrado de difícil solución, especialmente en el momento de llegada, y si no cuentan con una sólida red social o familiar de apoyo en el nuevo entorno, la situación es aún más compleja; no obstante, las redes sociales suelen potenciarse en ausencia de apoyo institucional. En la etnografía se evidencian claramente estas situaciones, es decir, respaldo no gubernamental frente a negativas de apoyo gubernamentales reguladas legislativamente.

C: "Yo vine acá a Cáritas. Yo estuve, primero, buscando en el periódico. Era muy difícil porque todo el mundo necesita trabajar. Me fui a las monjas que están para acá cerca de la terminal y bueno, lo veía un poco difícil. Necesitaba yo trabajar. Necesitaba un ingreso y casualmente llamé a una señora y dije, mire, yo estoy recién llegada y necesito trabajar. Ella me dijo, ¿tú sabes las costumbres de acá? No, le dije. Porque es verdad, uno no sabe. Yo le dije: yo sé hacer las cosas de mi casa, pero puedo aprender. Me dijo: mira, acabo de conseguirte una chica. Te doy este teléfono; habla con Encarna y ella te va a ayudar. Entonces hablé con Encarna (Cáritas) y me dijo que me viniera para acá. Así que me vine y estuve casi dos semanas acá. No me fue difícil tampoco porque como te digo, muchas de nuestras costumbres las tienen ustedes. Nosotros solamente complementamos lo que ustedes ya tienen con lo poco que nosotros sabemos. Conseguí trabajo de inmediato. Me apoyó Encarna. Eso es cierto.

I: ¿Tienes ayuda social?

C: Cuando fui a la asistenta, me dijo que la ayuda por hijos menores de 3 años era sólo para las personas que tienen papeles, que eso no le dan a los ilegales". (CI-7)

Si nos fijamos en este relato etnográfico, las ONG's son muy conscientes de la importancia del conocimiento de las costumbres españolas para poder facilitar y contribuir en el proceso de integración y adaptación al nuevo entorno, e incluso transmiten la idea de que ambas concepciones culturales se pueden complementar perfectamente, sin necesidad de eliminar identidades culturales ni de fomentar la sensación de desarraigo sólo por iniciar un nuevo periodo del ciclo vital en otro entorno. Se percibe cierta predisposición positiva al cambio cultural, a la adaptación, mestizaje e hibridación cultural como medio para facilitar el proceso de integración en última instancia. Iremos comprobando a lo largo de la etnografía y desde el análisis de diferentes categorías, que se constata la evidencia de integración cultural pero sin embargo, no ocurre lo mismo a nivel social, puesto que, las mismas ONG's fomentan la reproducción de las condiciones de la clandestinidad, coincidiendo con las políticas migratorias.

6.1.3.2 Ciudadanía, libertad y Estado de bienestar.

En el siguiente diagrama relacionamos estas tres categorías que van ineludiblemente unidas a los aspectos legales del proceso de regularización de inmigrantes, y a las cuales nos hemos referido anteriormente; éstas son la percepción de la ciudadanía, de la libertad y del bienestar por parte de los inmigrantes estudiados.

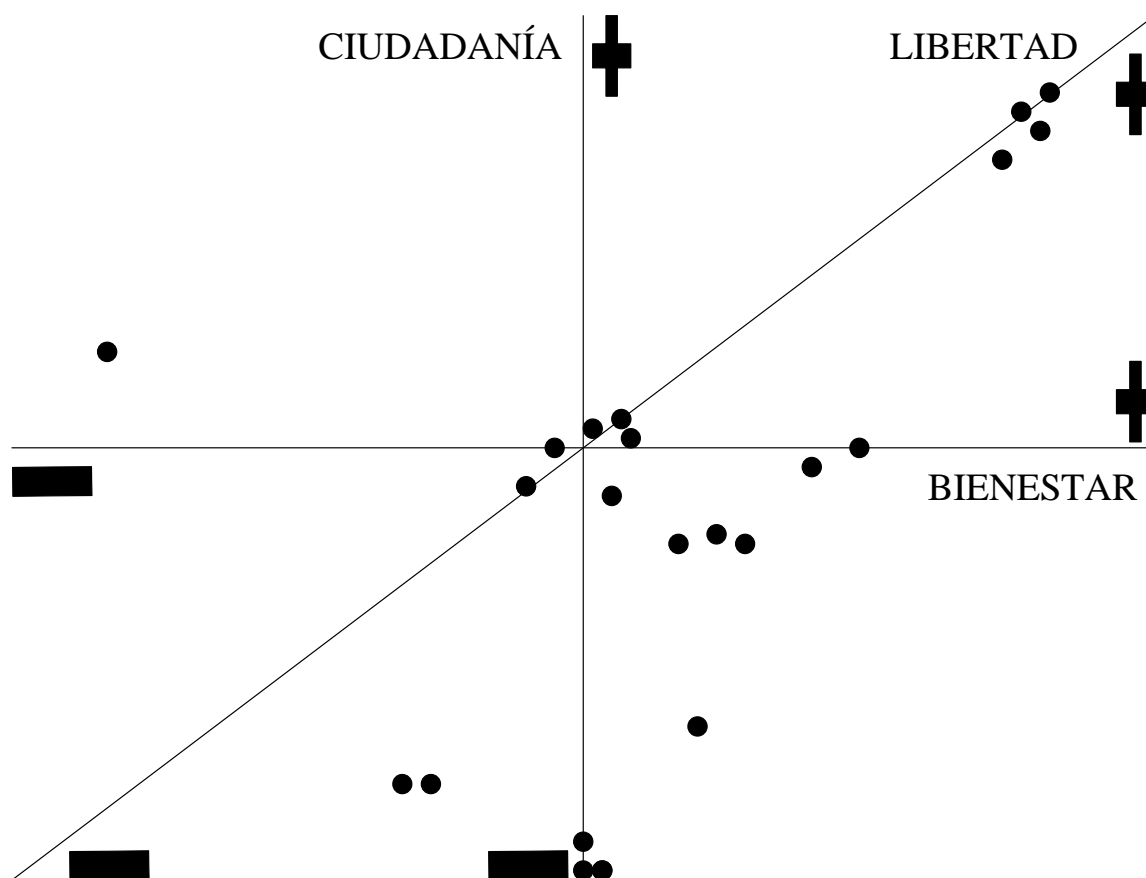


Fig. 6.1 Libertad y bienestar frente a sensación de no sentirse ciudadanos.

Tal y como aparece en la figura anterior, el diagrama nos permite clarificar e intentar definir un patrón descriptivo a nivel de las categorías libertad, bienestar y ciudadanía en el colectivo de cuidadores inmigrantes. La etnografía refleja curiosamente una percepción deficitaria respecto al sentimiento de ciudadanía o simplemente ausencia de ésta, mientras que la valoración sobre la libertad con la que viven en España y el nivel de bienestar es bastante positiva en ambos casos. Respecto a la percepción de libertad y capacidad de expresión de sus propias ideas, los inmigrantes se inclinan a manifestar una situación intermedia que se aleja de las situaciones extremas, habiendo muy pocos de ellos considerados en posesión de plena libertad. Así, podemos evidenciar dicha combinación de percepciones en muchos de los relatos obtenidos durante nuestro acercamiento a tal colectivo, reflejados como prosigue:

“Yo, por lo menos, con la gente que he hablado, me entienden, les entiendo, y no sé, de momento no me he sentido así” (CI-3)

“Creo que no tengo toda la libertad para expresarme. A veces me tengo que callar. Me ha pasado al menos tres veces, pero ya la segunda vez...te callas los insultos, y te los tragas. Y me duele. Y me lo callo. En ese sentido, me gusta respetar a la gente, tampoco me gusta insultar ni humillar ni nada. Pero si me hace sentir mal y me dicen cosas que no son justas entonces tengo que responder. Entonces ya me hecho hacia delante, y no le voy a permitir a nadie que por ser inmigrante me trate mal. Eso lo he aprendido” (CI-9)

“ No, no...Ahora no. Me siento en medio de ninguna parte. Sólo tengo 4 horas libres a la semana... El resto del tiempo aquí” . (CI-27)

En cuanto al grado de bienestar existe una percepción bastante positiva en términos generales, aunque no debemos olvidar que el tiempo transcurrido desde su llegada es un factor que favorece este aspecto en tanto que a mayor tiempo en el país de acogida, mayor adaptación al medio y, por norma general, presentan un mayor nivel de bienestar (acceso a servicios sociales, vivienda, sanidad, educación...). Este fenómeno suele ir acompañado de un proceso de regularización a efectos legales.

C: “Sí...Hasta que uno no habla con una persona no sabe...Muchas veces nos dicen: “vosotros que venís de fuera os gusta vivir amontonados”. Y es que no saben a lo mejor la situación económica de nuestro país, lo que hemos dejado allá y para empezar aquí, empezar a superarse, hay que limitarse de muchos gastos y no es que nos guste, es que la situación nos obliga a vivir así. Si eso lo entendiera mucha gente, sería diferente y claro, entonces...no dirían eso. Es que dicen “destruyen las casas” porque vive mucha gente en una casa, “lo dejan destrozado los que vienen”. A lo mejor, no todos, porque a mí no me gusta dejarme todo destrozado, pero mucha

gente en una casa no pueden cuidar una casa como si viviera uno solo. Pero en aquél piso de las 15 personas es que no teníamos más remedio.”(CI-3)

“Acá tengo más independencia, tengo más solvencia económica, puedo disponer más de mi dinero. Tengo más libertad”. (CI-9)

“Estoy ya cómoda, a gusto, este trabajo no es nada para lo de allí. (CI-12)

En la etnografía, encontramos mayoritariamente un posicionamiento que reconoce cierto disfrute de un Estado de bienestar independientemente de su proceso de regularización, comparando siempre la realidad actual con la sociedad de origen.

Respecto a la ciudadanía, cabe destacar más bien una consideración negativa al respecto, no habiendo ningún comentario en las entrevistas que estuviese exento de connotaciones negativas.

“Pues, fíjese, todavía no porque no tengo la nacionalidad; la estoy solicitando ahora. Sí que la estoy solicitando. (CI-3)

“¿En qué sentido? ¿De pleno derecho? Un pelín, pero todavía no. 4 años es muy poco para sentirse uno así” (CI-9)

“ Todavía no, porque no tengo papeles...es normal”. (CI-13)

“Jamás...para nada” (CI-14)

“No, me siento una extranjera. Española no soy, pero soy descendiente de españoles, porque los españoles fueron allí”. (CI-21)

“ Para mí es igual, no más. Aquí me tienen bien. Si algo quieren, aquí estoy. No es como allá, como si estuviera en mi casa pero estoy bien. Española, tampoco. No me acostumbro a hablar en español. Me entienden, pero a veces yo a ellas no las entiendo. Y con calmita tenemos que hablar, me hacen entender” (CI-24)

“ No. Más o menos, pero no te podría decir concreto” (CI-25)

(Duda mucho y tarda en responder). “Yo creo que no, porque si tú vas a la calle, hablan y hablan de los inmigrantes, y entonces a ti te duele lo que hablan y entonces...siempre andan esos comentarios en la calle y a ti te duele eso. Por una persona que estén hablando, todos pagan. Si un inmigrante ha robado, entonces los culpables son todos. Por uno pagamos todos”. (CI-27)

Para comprender esta sensación de “no ciudadanía”, que aparece a modo de constante en la mayoría de inmigrantes entrevistados, es necesario clarificar a qué refiere dicho constructo teórico.

El concepto de ciudadanía nos remonta a muchas etapas del devenir histórico especialmente destacables, como la Grecia clásica o posteriormente las constituciones revolucionarias del siglo XVIII; señalaremos éstas últimas, donde no se basaban en vínculos de sangre, etnia, cultura o territorio, sino en un vínculo jurídico de carácter abstracto que liga a una persona con la sociedad política, donde el proyecto de vida de una persona es compatible con las leyes existentes (Asensi Sabater 2002).

Utilizando términos sencillos, la ciudadanía es la mediación entre el Estado y la nación, entendidos respectivamente como entidad política que define quién es el ciudadano político-territorialmente y como entidad simbólica que vincula culturalmente el territorio estatal con la ciudadanía (Zapata-Barrero 2003).

La ciudadanía moderna se asocia con el trabajo que Marshall realizó en su tratado "*Ciudadanía y clase social*". La ciudadanía con sus dimensiones civil, política y social, es el status que se concede a los miembros de pleno derecho de una comunidad y que él identifica con el Estado-nación. Sus beneficiarios son iguales en cuanto a derechos y obligaciones (Soriano Miras 2008)

Entendida así, la ciudadanía ha servido históricamente tanto para conocer la estructuración de las sociedades como para legitimar la autoridad y definir su identidad nacional. La ciudadanía simboliza la esfera pública. De ahí, podemos extraer otro motivo causante de la invisibilidad social y subalternidad de muchos colectivos inmigrantes que no pueden actuar como ciudadanos. El problema radica en entender que la estancia de la población inmigrante es provisional, privándoles de ciertos derechos de ciudadanía, siendo el Estado el que acaba legitimando la inclusión o exclusión.

La estratificación social en las sociedades de acogida responde en gran medida a una sociedad dividida en la que cristalizan nuevos tipos de "*ciudadanía secundaria*", socioeconómicamente infraposicionada y sin derechos plenos, o con menos derechos (Tezanos 2007).

La existencia de una nueva sociedad donde un gran número de personas no puede ser legitimado como ciudadano da lugar a la necesidad de un replanteamiento del término de ciudadanía al uso existente hasta ahora, el cual vincula la nación y el Estado a tal condición, obviando otros muchos aspectos que cobran gran interés en una sociedad global, donde la movilidad de las personas se erige como necesidad y consecuencia dentro de la misma, no debiendo constituir un impedimento para el reconocimiento de los derechos fundamentales.

A este respecto, cabe recordar el gran avance que supuso el denominado "*Melting Pot*", solución adoptada en EE.UU. en la redefinición de la ciudadanía ante la inmigración, basada en la lealtad a la constitución y no en otros criterios.

Según Habermas, deberíamos aprender a entendernos no como una nación compuesta por miembros de una misma comunidad étnica, ni lingüística, ni cultural, sino como una nación de ciudadanos cuya estabilidad radica en los principios de la constitución (Habermas 2008).

La inmigración, especialmente la económica, es el fenómeno a raíz del cual han comenzado a surgir grupos discriminados de irregulares y “sin papeles”, siendo uno de los factores más transformadores del concepto de ciudadanía en tanto que cuestiona el grado en el que se puede negar la pertenencia plena a las personas que ya se encuentran en un país sin violar los derechos humanos fundamentales.

En este sentido, la ciudadanía, se constituye como un “concepto de cierre”, en el sentido de delimitador de todo un universo social, jurídico y político: se es extranjero o se es ciudadano. Precisamente una de las consecuencias de la soberanía estatal, es la de distinguir las condiciones de acceso al estatuto jurídico de la ciudadanía, cuyo contenido básico es la igualdad de derechos, también de deberes, entre todos los ciudadanos. Por ello, la primera consecuencia de la ciudadanía es la igualdad, que junto con la eliminación de la sujeción discrecional a los poderes públicos, se traduce en una situación de mayor seguridad y certeza. Por otro lado, si la ciudadanía supone igualdad de trato, también sirve de elemento suficiente de justificación de la diferencia (Márquez Lepe 1999).

Es importante separar la idea de nacionalidad de la ciudadanía; la nacionalidad es la *“cualidad de una persona definida por el vínculo o relación que le une con un determinado Estado, siendo la máxima expresión jurídica de la integración de una persona en una comunidad estatal”* (Soriano Miras 2008:156)

Una política de inmigración debería evitar o reducir cuantos inconvenientes colaboran a la generación y fomento de ciudadanía de categorías diferentes. Aún está por ver si una nueva conjunción ético-jurídica está en condiciones de tomar el relevo para articular otra política de fronteras, otra política de lo humanitario, otro derecho internacional y otro concepto de ciudadanía.

Para Chamizo, *“todo ser humano en su dimensión más profunda y social debe ser, tiene que ser, un ciudadano, una persona responsable, presente en una comunidad y titular de sus derechos y correlativas obligaciones en la sociedad en la que se integra. El reto del futuro será sustancialmente: entender al ser humano como titular de una nueva ciudadanía, caracterizada por unos espacios de convivencia que superen las circunstancias de los orígenes como explicación de jerarquías y preferencia; [...] construir una nueva ciudadanía lleva implícito el modificar nuestras percepciones y supuestas certezas con respecto a los extranjeros-inmigrantes. En primer lugar, tratar el fenómeno migratorio como un hecho social global; [...] en segundo lugar, reconocer que las migraciones constituyen un importantísimo factor de desarrollo económico, social y humano; [...] en tercer lugar, asumir que la complejidad de este*

fenómeno conlleva necesariamente un aumento de los factores de conflicto propios a toda realidad social” (Chamizo de la Rubia 2004:47).

La presencia de extranjeros-inmigrantes debe cuestionarnos la existencia de una ciudadanía que llega a ser excluyente y contradictoria, que constituye una afrenta incluso a la dignidad, ya sea como valor o como derecho humano.

Debe superarse un ámbito cerrado del Estado y extender la función de la justicia hasta alcanzar a todos los sujetos humanos en cuanto forman unidad, al menos de carácter ético. En este proceso de necesario ensanchamiento de la justicia se dan etapas similares a las que acaecen en la configuración de la *ciudadanía*: ciudadanía “internacional”, ciudadanía “cosmopolita” y ciudadanía “mundial”, que responden al desarrollo de diferentes vertientes de la justicia. En este sentido en el que aludimos a la justicia, cabe reflexionar que para que ésta tenga cierta funcionalidad ética en las situaciones de “asimetría” tales como la que viven muchos inmigrantes, es necesario que el pacto social incluya los principios de la solidaridad y la comprensión de la justicia a partir de “capacidades” (Vidal 2007).

Los inmigrantes no regulares, y especialmente las mujeres, al no ser considerados ciudadanos, son personas que no tienen presencia pública y por tanto les es negada la participación en el espacio público, según afirma Sassen, quien apuesta por reorientar las políticas para hacer llegar el poder a quienes están privados de él, así como explicar la paradoja de la capacidad política creciente de los grupos a los que se les niega la ciudadanía (Sassen 2003).

No cabe duda de que es imprescindible reformular el concepto de ciudadanía, sobre todo concretando condiciones de integración política; no debemos olvidar que todas aquellas personas arrinconadas por la justicia y la legislación, están creando una “nueva política” y deben ser extraídos de ese aislamiento al que están sometidos en función de las tríadas nacionalidad-trabajo formal-ciudadanía y ciudadanía-espacio público-género.

Reorientar la ciudadanía hacia una nueva concepción ligada a la residencia estable y no a la nacionalidad, será la llave que asegure el acceso a una democracia realmente inclusiva y plural, que facilitaría de manera real la plena integración.

Diversos autores como Castles, Bauböck, Rubio y de Lucas defienden esta nueva y necesaria forma de entender la ciudadanía (De Lucas 2004).

6.1.4 Actitud ante más inmigración.

Existen previsiones estadísticas que afirman cifras de un 30-40% de la población foránea en nuestro país para el año 2050, recibiendo contingentes medios de 300.000

inmigrantes anualmente, de manera mantenida. El reemplazo generacional se ha debido, en un 75% a la población inmigrante, no siendo suficiente en la mayoría de países europeos, cuyo ritmo de envejecimiento supera al del reemplazo (Banús 2003). No obstante, cabe destacar que la situación actual de crisis económica que vive España, no sólo ha debilitado el efecto “pull” sobre los países de emigración, sino que ha modificado la tendencia migratoria hacia nuestro país.

La crisis económica española ha supuesto un alto en las fuertes entradas de inmigrantes potencialmente activos, aunque no se notó hasta 2009, y en 2010 empieza a revertirse. Se identifica cierto fenómeno de resistencia de la población inmigrante en el empleo, de forma que en torno a una cuarta parte de la mano de obra y del empleo de los individuos de 25 a 44 años, el núcleo duro del mercado de trabajo, es inmigrante. La crisis ha generado un importante peaje a la inmigración y ha alterado los flujos migratorios, pero el balance final no refleja en absoluto un retorno a la situación de finales de los años 90 (Oliver Alonso 2011).

Aunque estas cifras sirven para poder demostrar cuantitativamente la necesidad de este reemplazo generacional procedente de otros países, la percepción general por parte de los inmigrantes que ya vinieron, como por parte de los españoles, es de una negativa u oposición a los movimientos migratorios, reflejada en los fragmentos de los relatos etnográficos que prosiguen:

C: “No, no. Digo que no pensando en mi hermana. Mi hermana es también maestra y su marido se ha quedado sin trabajo. Y ella me pregunta pero yo le digo, es que aquí no te va a servir nada. Vas a tener que trabajar y el trabajo es difícil centrarse, es de los que nadie los quiere. Las cosas mejores se las dan a la gente de aquí. Yo no sé si estará bien, si estará mal, pero es así. Yo se lo digo, yo te ayudaría. Es difícil la situación y por eso la gente se viene mucho”. (CI-2)

C: “Tienen que venir legalmente para que no pasen lo que pasamos nosotros de venir ilegalmente aquí, eso es fatal, porque lo pasa muy mal una por el trabajo, porque...por muchas cosas una lo pasa fatal. Yo no se lo aconsejo a nadie que venga ilegalmente. Porque sí que solicitan gente, pero legal, que vengan para hacerles su contrato...eso es lo que deben hacer. Pero eso es muy difícil. La gente no lo entiende, porque como no lo han vivido, la gente no lo entiende”. (CI-3)

C: “Pienso que sí es buena, pero mucha gente no, porque llegará un momento en que seguirá viniendo gente. Hay gente que sigue legalizando y luego, cuando ya están todos legales, tienen opción a trabajar. Entonces yo pienso que va a haber mucha gente que empieza así y creo que será malo en muchos aspectos, a que haya mucha gente, me refiero...” (CI-4)

C: “Sí siempre que sea mujer, porque la mujer tiene más posibilidades”. (CI-12)

C: “Sí, pero tiene que sufrir mucho y endeudarse” (Llora) (CI-19)

C: ... *(Ríe)*... "Es muy duro. Es muy duro dejar a la familia". (CI-21)

Podemos observar la negativa de los propios inmigrantes ante más inmigración, frente a la posibilidad de que otros busquen nuevas opciones de vida tal y como ellos mismos acaban de hacer; nos resulta llamativo el hecho de esta aparente incongruencia en tanto que no recomiendan a nadie su propia experiencia; así, las connotaciones que se desprenden de sus testimonios aluden a pérdidas en el plano personal y familiar, sufrimiento, infelicidad, problemas económicos, exclusión, problemas legales y de regularización, dificultades para encontrar un trabajo y recientemente, saturación del mercado laboral tanto formal como informal y muchas dificultades en cuanto a oportunidades de buscar una mejor vida debido a la actual crisis económica. Es interesante analizar el contraste entre la dependencia (red de apoyo) y la desconfianza que hay respecto a otros inmigrantes.

Un testimonio resalta que el género se asocia a una mayor probabilidad de encontrar un trabajo, refiriéndose a mujeres en este caso. Así, se constata que aunque existen problemas en el mercado laboral, sigue dándose la situación de que hay muchas personas mayores dependientes en sus domicilios para ser cuidados, aspecto que refuerza el hecho social que se esconde en los entornos domésticos, invisible a todos, pero que constituye el objeto principal de esta investigación.

Por parte de los cuidadores familiares, la etnografía también demuestra oposición a la continuidad de los movimientos migratorios:

C: "Yo no se lo aconsejaría porque ya somos muchos los que hay en España ya. Si vienen más, yo creo que va a ser peor, al venir más...tal vez lo piense mal, o tal vez haya personas que estén conmigo en ese pensamiento". (C1-F)

C: "Pues no sé, pues que hayan robos y cosas porque como viene tantísima gente y aquí trabajo no hay ya para tanto, pues entonces yo pienso que deberíamos de decir, basta, ¿no? Porque tú sabes la de gente que hay sin trabajo". (CF-10)

C:" Yo creo que si el gobierno no frena, esto va a ser un desastre; un desastre en el sentido de que ahora mismo, nos están quitando los trabajos. No el trabajo en el campo el único, que es donde más trabajan ellos, sino en albañilería y en muchas cosas. Si yo ahora mismo necesito hacer un trabajo en mi casa, yo no llamo a unos ecuatorianos, no me fío. No sé qué intención llevan. O sea, que no sé qué decirte. Lo mismo que ellos hacen sus trabajos, y llaman a personas tuyas, porque estos de aquí, han estado obrándose la casa y han venido personas ecuatorianas, no han llamado a personas de aquí, o sea, que ellos están también muy unidos..." (CF-28)

C:" Hay gente muy preparada que viene y van a quitar oportunidades. El resto, se volverá". (CF-31)

Todas las percepciones de los cuidadores familiares sobre los inmigrantes se asocian a temas de delincuencia y disminución de oportunidades para los españoles.

Según Checa, la mayoría de españoles mantiene que ya hay muchos extranjeros residiendo en España. La reagrupación familiar ha traído muchas mujeres y niños, pero lo que realmente preocupa a los nativos es que están aumentando los extranjeros procedentes de países subdesarrollados o en vías de desarrollo (Checa 2004).

La actitud de los españoles ante más inmigración es claramente de rechazo tanto en nuestro estudio como en otros, estigmatizando el hecho en sí mismo al asociarlo a recepción de subdesarrollo en España, aspecto que no muestra una percepción en cuanto a oportunidades de mejora, fuerza de trabajo renovación generacional o riqueza cultural, sino todo lo contrario. Esos aspectos positivos que trae la inmigración permanecen en la invisibilidad, al igual que sus protagonistas. Esto viene a coincidir con las aportaciones de De Lucas, quien consideraba que los españoles no quieren inmigrantes sino mano de obra solamente (De Lucas 2006). Bien se puede deducir que cuando se incrementó el fenómeno de la inmigración en España durante la última década, las personas que llegaban a nuestro país ocupaban puestos de trabajo que los españoles rechazaban por sus condiciones laborales, salariales y tipología de trabajo principalmente; ya desde ese momento, no se reconocía la gran aportación que la inmigración suponía a la fuerza de trabajo del país, adoptándose una postura de rechazo desde entonces. En la actualidad, en lo referente al aspecto laboral, la situación ha cambiado durante los tres últimos años a medida que ha ido aumentando la tasa de desempleo en nuestro país, de manera que se les percibe como una competencia frente a los puestos de trabajo, ya sean éstos formales o informales. A medida que ha aumentado la tasa de desempleo, aumenta también la delincuencia y los robos, pero ese fenómeno ha ocurrido históricamente en épocas de precariedad económica, no estando relacionado con el fenómeno migratorio como causa principal, que es lo que la sociedad considera. Así, tanto delincuencia como competitividad son connotaciones que los españoles asocian a los inmigrantes en una esfera social rodeada de rechazo hacia ellos.

6.1.5 Perspectivas de retorno al país de origen

El desánimo, la desesperanza y los deseos de retorno al país de origen suelen ser reacciones que tienen los inmigrantes tras la llegada al país de acogida. Estas características suelen darse durante el período de adaptación tras la llegada, aunque muchos de ellos mantienen como objetivo último el retorno a su país de origen, tal y como aparece en los relatos etnográficos:

C: "Sí, pensamos. Porque mi marido, dice que sólo trabajar, que en el trabajo quiere realizarse, piensa en el duro trabajo que tiene que realizar, y pensamos volver allá, que él termine sus

estudios, y ya pues poner un negocio, algo, pensar en comprar para hacer otro domicilio, una finca...Hemos pensado que nos quedaríamos si mi hija estudiara, porque si mi hija no estudiara...nos vamos. Allá estudian más los chicos, principalmente los chicos. Nosotros sí nos pensamos regresar. Aquí nos sentimos muy solos. Aquí nos han dado la oportunidad de trabajar, que en nuestro país no hay nada. Hay que ir hacia delante y no como el cangrejo para atrás. La gente va a ir cambiando también poco a poco. No se si es la gente de antes o la de ahora, pero hay una discriminación bastante fuerte. Pero conforme haya roce y vaya pasando el tiempo, habrá más tolerancia; cuando ya tengamos acceso a un trabajo más digno, más acorde a mis capacidades, irán cambiando las cosas. (CI-2)

C:” Sí, más adelante, algún día. Mi esposo también piensa eso. Vamos a aguantar unos años más aquí, si se puede, claro, dependiendo de la situación, de cómo vayamos de salud. Él el soldador, y la suelda pues, le afecta un poco al estómago, y es la única profesión que él tiene aquí ahora mismo. El piensa que así muchos años no podemos estar. Yo tengo alergia. Cada semana estoy con la alergia, invierno, verano..., todo el tiempo estoy así. Y me da pena. En mi tierra nunca he tenido alergia y cuando hice un viaje allá, estuve 2 ó 3 meses, y se me quitó. Pero nada más llegar aquí, en Madrid mismo, ya me da...Por esas cosas pensamos que no podemos estar muchos años aquí. Que tenemos que volver después de un X tiempo, ¿no?, de lo que Dios quiera. Y sí pensamos volver allá. Yo creo que la evolución para todos será mejor, cada vez, mucha gente va mejorando muchísimo. Yo misma, nunca antes había pensado que yo pudiera tener carnet de conducir, y ahora estoy estudiando para obtener el carnet de conducir...Antes no tenía esa mentalidad de pensar que “yo puedo”, no sé, siempre he pensado, no puedo, no puedo, es muy difícil, imposible para mí, no me hace falta esto o lo otro. Ahora pienso, “voy a intentar, creo que sí voy a poder”, y “¡estoy pudiendo!” (CI-4)

En estos dos fragmentos se destacan las posibilidades que ofrece España de formar parte de una sociedad con un estilo de vida occidentalizado, en una sociedad de consumo que les permite mejorar tanto sus vidas aquí como la vida de sus familiares en sus países de origen. Sin embargo, todo eso tiene una finalidad última, que es el regreso; la intención de estancia temporal, evidentemente, influye de forma negativa en la integración social. Es un tiempo de paso, un período circunstancial de sus vidas a modo de paréntesis para continuar posteriormente con ella tras su retorno.

C:” Claro que sí; mi país es lo único que tengo. Está todo lo que yo quiero allá. Yo aquí no tengo nada”. (CI-7)

C:” Sí. Y mi esposo también. Mi esposo maneja una fábrica en Casillas, de camas eléctricas. Hace 5 años que está en esa fábrica, y cada año dice que ojala pudiéramos reunir algo de dinero e irnos. Yo sé que si le digo de irnos, nos vamos. A mí, nada de esto me interesa. Mi casa en

Colombia es una boca negra. El piso no tiene esto, el suelo, y las paredes, los paños no tienen azulejos, la cocina tampoco...ni el piso tiene nada. Pero eso es lo mío y eso lo quiero. Esto no me interesa. Esto para mí, no, no porque no me llena. A mí me llenan mis hijos, mi familia, pero uno sabe que todo no lo puede tener en la vida. Yo sería la mujer más feliz si mi hija estuviera en estas condiciones que yo estoy y yo allí. Pero es ella la que vive en mi casa allá. Ahí yo sería feliz. Usted no sabe porque no tiene hijos, pero uno como padre, está feliz después de que los hijos estén bien. Es la verdad. Yo, por ejemplo, mis hermanas y mis hijas me decían “¡ay, mamá!”, porque yo lloré cuando mi marido compró esto. Pero sólo Dios sabe por qué lloraba, de ver que yo tenía esta comodidad y mis niñas, mis dos nietecitas y mi hija, que viven en mi casa, no. Porque mi hija, la de Venezuela está rodando de una habitación en otra porque no me la pude traer para acá. Porque necesito una oferta de trabajo, es lo único que necesito. Es duro para uno, y ahora me llena un poquito con ella (su nieta), hace un año que la tengo. Es la de mi hija la pequeña, la de Venezuela”. (CI-8)

C: “Eso seguro...sí. Es que tu tierra te “jala”...cómo te explico...aquí la gente a veces dice, “No, yo ya me quedo aquí.”. Pero y la gente que dejas allá, ¿qué? Yo lo veo paralizar...esto es para un par de años, o el tiempo necesario para conseguir dinero para el nicho allá. Si me tengo que estar diez años, pues me estoy. Pero luego volverme con mi viejita....quedarme aquí no, la verdad que no”. (CI-9)

C: “Sí porque no tengo la posibilidad de poder traer a mis hijos porque no tengo papeles y no los puedo traer. Si los consiguiera me los traería y eso sería una gloria para mí. Porque aquí hay más posibilidades para ellos y para uno también”. (CI-11)

C: “Yo quiero volver cuando pueda. Yo quiero irme de aquí en cuanto pueda”. (CI-19)

C: “Por lo pronto no, porque todavía no está bien. Lo que pasa es que a los hijos no les gusta quedarse sin ningún familiar aquí en este país, ni en otro. Allá los familiares viven cerca, por ejemplo, aquí no. Aquí yo he visto que el papá y la mamá viven en Murcia y un hijo en Valencia y otro, por ejemplo, en Madrid, y están acostumbrados a llevar ese ritmo de vida. Pero allá no, allá los tíos, los primos, los hermanos, viven en la misma ciudad”. (CI-20)

C: “Sí, por mis hijos y mi madre. Tengo pensado estar al menos unos tres años más, por lo menos cinco años. Digo yo, a los cinco años me regreso”. (CI-26)

Aspectos como la familia, la sensación de pertenencia e identidad constituyen un importante factor de atracción al retorno. Conseguidos los objetivos que se marcaron a su llegada, es decir, poder obtener una mejoría en las condiciones de vida en sus países de origen, cobran de nuevo gran importancia e influencia en sus vidas dichos aspectos, en tal medida como para generar el regreso. Precisamente sus vidas en el país de destino, como veremos posteriormente, se caracterizan por la desestructuración familiar y los problemas de identidad e integración, de manera que aunque la migración persigue una vida mejor según el paradigma occidentalizado, muchos de ellos lo rechazan una vez que

lo han conseguido, volviendo de nuevo a su sociedad de origen, con determinados parámetros sociales y culturales que un día decidieron abandonar, y que años después, con solvencia económica, quieren recuperar por encima de cualquier otra cosa.

Según los últimos informes que describen la influencia de la crisis económica española en el movimiento migratorio, se ha producido un aumento del retorno a los países de origen. No obstante, podemos decir que a grandes rasgos, las nuevas entradas han vuelto a compensar los retornos, de manera que el moderado volumen del retorno durante el año 2010 da la impresión de que el grueso de la población inmigrada, de momento tiene intención de permanecer en España (Aja, Arango & Oliver 2011).

C: "Ahora no, porque tengo que enviarle dinero a mi hija para que estudie, porque está en una universidad privada. Y tengo que esperar a que termine de estudiar. Y luego, a mi hija pequeña, también tengo que apoyarla, y no sé, solamente dependo de Dios. Si Dios me dice "hasta aquí, no más", parar y ya está". (CI-21)

C: "Por el momento no. Yo tengo una propuesta mía personal. Si las cosas van bien, volveré, pero mientras tanto me quedaré aquí". (CI-23)

C: "Cuando tenga mis 15 años trabajados para tener una paga"... (CI-27)

Los aspectos económicos presentan una gran influencia a la hora de permanecer en el país de destino, de manera que hasta que no se cumplen determinados objetivos en dicho plano, no se plantean el regreso independientemente de las cuestiones familiares o personales.

En otros casos, la imagen que se proyecta de los países de destino a nivel de los medios de comunicación, fomenta el rechazo a la continuidad del movimiento migratorio por parte de las siguientes generaciones, como refleja el siguiente relato, el cual nos llamó la atención por presentar justo lo contrario a lo que esperábamos encontrar:

C: "Sí, porque la niña no quiere venir. Me dicen que imaginan que aquí los niños están muy maltratados, y yo les digo que no pues, pero a ella le han contado así. Y yo le dije mi hijita, no, porque aquí hay niños que yo conozco pero no son maltratados los niñitos; y me dice que no mamita, son humillados. Los españoles humillan a los niños y a los ecuatorianos. Y no mamita, le digo. Acá no. Yo he trabajado, le digo que yo tengo tres años acá y no me han humillado. Allí ella está con mis hermanas...y no quiere venir". (CI-16)

Sólo encontramos un caso con intención de arraigo en nuestro país sin perspectivas de retorno; consideramos como premisa que la mayor parte de los inmigrantes querían permanecer en nuestro país, convencidos de que el estilo de vida que se ofrece aquí es lo que buscaban y querían mantener para sus vidas; sin embargo, hemos encontrado todo lo contrario, salvo este caso:

A: "En principio sí, lo que ocurre es que ahora estoy enamorada y si esa relación funciona pues no me iría, me quedaría aquí y traería a mi niña. Vine con una idea pero ahora yo veo que va a ser otra. Pero imagínate que yo tengo que esperar 4 ó 5 años. Pero primero habría que adaptarle los papeles de allí de su bachiller y reconocer todos sus papeles para que pueda entrar a la Universidad, entonces a lo mejor no es complicado, pero requiere tiempo". (CI-17)

6.1.6 Perspectivas de mejora sobre la situación de los inmigrantes

A pesar de las muchas percepciones negativas que tienen los inmigrantes sobre su situación, oportunidades, condiciones de vida, etc... Subyace la esperanza y la existencia de un horizonte marcado por la regularización y la mejora, en última instancia, de condiciones económico-laborales especialmente.

C: "Yo la situación la veo bien porque se trabaja, se ayuda en la casa económicamente, hay oportunidades también de formarse un poco aquí; se pueden seguir cursos, aparte de trabajar. Entonces, si quieres ser algo un poco más, si no quieres limpiar en casas, pues dices, voy a estudiar un poco más, yo qué sé, algo...hay muchos cursos que yo si pudiera, si tuviera tiempo sí que estudiaría, pero es que con el nene tampoco tengo tiempo. Pero sí que aquí dan muchas oportunidades para estudiar. Tengo 35 años y bueno...a ver". (CI-3)

C: "Puede mejorar. ¿Sabes por qué? Porque muchas de las personas inmigrantes que llegan al país es gente joven. Ellos llegan y no retornan al país. Se establecen acá; forman sus hogares acá; los niños ya nacen acá; hijos de inmigrantes que nacen en España ya tienen otro nivel, otra educación, otras oportunidades, muchas más que las que tenemos nosotros". (CI-11)

Más allá de la realidad que encuentran a su llegada, existe una construcción del imaginario colectivo del inmigrante que sobreidealiza el lugar de destino y sus condiciones de vida. Al aproximarnos a estudiar el discurso sobre sus vidas, surge una confrontación entre las representaciones y las prácticas reales, entre la visión emic y etic de la situación de los inmigrantes. El discurso se tiñe por las posibilidades, mientras que los parámetros que marcan sus prácticas en la cotidianeidad de sus vidas, indica invisibilidad y dificultades a muchos niveles.

6.1.7 Balance de consecuencias: Influencia del movimiento migratorio en sus vidas.

La idea general que se extrae de los relatos de los inmigrantes es de una influencia positiva en sus vidas, en muchas dimensiones, tales como superación personal, estabilidad económica, nivel de vida, comodidades y valores, reflejado en fragmentos como los siguientes:

C: " Sí, yo lo veo muy bien, en muchos sentidos, nos hemos superado bastante los dos, porque

ya tenemos aquí casa, coche, trabajo los dos.”.(CI-4)

C: “Mira, para mí está siendo positivo mientras tenga trabajo, de eso se trata. Positivo también por el trabajo... ojala aprenda a manejar, a conducir. Me estoy sacando el carnet de conducir, porque en mi país, ya te digo, con el problema económico que teníamos, no tenía ni para esto (señala un café), y menos podía tener para el estudio”. (CI-21)

Muchas mujeres inmigrantes encuentran numerosos signos de superación personal en las vivencias cotidianas del nuevo entorno, que a nuestro juicio podrían carecer de importancia o incluso confundirse con cuestiones inherentes al estilo de vida en la sociedad actual.

C:” He conocido gente muy buena y he tenido la oportunidad de trabajar y gracias a Dios y a las personas, le puedo colaborar a mis hijas. Pero no estoy contenta porque no estoy con mis seres queridos, mis hijas, mis nietas, mi padre, mis hermanas.....estoy alejada de lo que es la vida mía. Cada uno puede salir adelante y tenemos que estar aquí. Yo creo que es un paréntesis, porque ni bien, ni mal”. (CI-8)

C: “Bueno, bueno, sí, sí, bueno. Sí tú viajas a un país, donde tú vayas, todos los recuerdos que hagas, tú vas a agarrar lo bueno, y lo bonito va a ser lo que te quede agarrado en la memoria”. (CI-13)

Subyace, como podemos observar, una sensación de temporalidad en la migración, de experiencia vital de la que hay que extraer la parte positiva, constituyendo una aportación puntual a la trayectoria de sus vidas, como una etapa en su propio proceso de construcción personal, no exento de prebendas, como veremos a continuación; así, algunos informantes establecen cierto equilibrio entre ventajas y desventajas para sus vidas, identificando ambos aspectos por igual. A los aspectos positivos que hemos visto en los fragmentos anteriores, se añaden inconvenientes como los aspectos familiares, emocionales, laborales y la exclusión, pero principalmente son de carácter emocional y personal. Resulta curioso analizar que lo personal puede ser considerado como motivo de la migración, como aspecto positivo y a su vez, también aspecto negativo, una paradoja en la que el establecimiento de equilibrio entre ellos marca las claves para una experiencia vital exitosa. Los siguientes fragmentos del discurso así lo evidencian:

C: “A mí, niña, a mí sí me ha ido bien; porque yo cuando estuve dos meses nada más me puse a trabajar con la abuela, y ya me vine con la niña para acá. No he estado sin trabajo, siempre he estado trabajando y mi esposo también. A mí sí me ha ido bien. Yo vine por mis hijos, pero mis hijos me echan la culpa porque me he venido. Para mí, por una parte siento que estoy bien porque mando dinero; pero ellos no me comprenden. Dicen que yo los he dejado muy pequeños, la niña tiene 15 años y me dice que por qué me vine”. (CI-16)

C: *“Por un lado para bien, ahora no pero después que yo tenga mis papeles, un buen trabajo y una buena entrada pues yo podré ahorrar y construir en mi país. Y también para mal, es que estoy sola lejos de mi gente, de mi madre, de mi hija, de mis hermanos. Allí todo el mundo me conoce y el estar lejos de todas las personas que te quiere afecta muchísimo. Aquí las personas que he tratado no son como en mi país, abiertos que dan cariño.”*. (CI-17)

C: *“Tiene ventajas y desventajas. En parte sí, porque sé que voy a pagar la deuda que tengo, y en parte no, porque tengo abandonada a mi familia. Allí está mi hijo y mi madre”*. (CI-23)

C: *“Afectar me afecta bastante. Son muchas cosas. A mí, más me afecta porque estoy así (se señala la cara). En la mayor parte de los trabajos quieren a personas que estén bien, guapas, que tengan bien la cara, buena presencia...Es rara la persona que no se fija en la cara y no les interesa lo que hay en la mía...son raras. Por eso quise cambiar mi aspecto. [...] Para mí, haber venido aquí son las dos cosas; me vino bien alejarme de mis problemas de allá, me sentó muy bien, porque la verdad es que yo estaba muy mal allá. Requería tiempo y espacio, y ya se solucionará el problema del trabajo”*. (CI-7)

6.1.8 Consecuencias que tendrá la inmigración en España (cuidadores familiares, versus, cuidadores inmigrantes)

Podemos observar el contraste entre la visión de españoles e inmigrantes respecto al hecho migratorio en España. Los aspectos realmente positivos a los que se alude en los discursos proceden de cuidadoras inmigrantes solamente, ya que, el hecho de concebir la inmigración como una situación temporal no es un aspecto inequívocamente positivo, en tanto que actúa contrariamente a la integración, siendo lo único que la población española percibe como beneficioso. Los aspectos negativos percibidos por ambos coinciden en cuanto a la limitación de oportunidades, pero sin embargo, la población inmigrante en ningún momento siente que ocupa un campo laboral que la sociedad española actual reclame, por tanto no hay noción de competitividad a efectos laborales, no considerando que su estancia en España suponga una limitación para la población española. Sin embargo, existe cierta sensación de amenaza por parte del propio colectivo inmigrante, en tanto que se identifican en igualdad de oportunidades, optando a un mismo abanico de oportunidades laborales. El sentimiento de igualdad y de competitividad se mezcla y confrontan ante las dificultades y limitaciones del nuevo entorno. La percepción por parte de los españoles, en la actualidad sí que es totalmente contraria al asentamiento de inmigrantes en nuestro entorno en lo que a cuestiones laborales se refiere, ya que, las actuales tasas de desempleo alcanzan niveles históricos en cuanto a lo abultado de sus cifras. Bien es cierto que el perfil de empleo que ocupa la cuidadora informal es eminentemente invisible a todos los efectos, de manera que en el caso de que fuese desempeñado por mujeres españolas en lugar de inmigrantes, tampoco se modificarían en ningún sentido los niveles de desempleo. Esta observación manifiesta cierta dualización

en las representaciones de los españoles en cuanto a la percepción de la inmigración, coincidiendo en este sentido con Castles (Castles, Miller 2004).

A continuación, podemos observar en este cuadro-resumen las principales características tanto positivas como negativas de las dos tipologías de cuidador.

Tabla 6.1 Cuidadores inmigrantes vs. Cuidadores familiares

Tipología de cuidador	Aspectos positivos	Aspectos negativos
Cuidador inmigrante	Reemplazo generacional Fuerza de trabajo Costumbres Soporte familiar	Limitación centrípeta de oportunidades laborales (inmigrantes entre sí)
Cuidador familiar	Temporalidad	Delincuencia Limitación de oportunidades laborales

Fuente bibliográfica: Tomado de (Tezanos 2004).

6.2 ESTIGMATIZACIÓN Y DIFERENCIA: REPRESENTACIONES SOCIALES Y CULTURALES.

“Todos somos, sin importar de dónde venamos”

J. Chamizo de la Rubia

La influencia de los medios de comunicación de masas es muy evidente tanto en este caso como en muchos otros. El problema latente que puede desprenderse de ciertos usos de la información por parte de los medios de comunicación es que generaliza un discurso sobre la inmigración que recree falsas percepciones, reproduzca estereotipos y mantenga prejuicios de forma reiterada, calando poco a poco en el imaginario colectivo con el paso del tiempo. Lo que siempre han sido diferencias con respecto a los visitantes, “los otros”, relativas a la vida social, la lengua, la religión...se están convirtiendo en desigualdades y en predisposición al rechazo. La diferencia no es sinónimo de desigualdad y por tanto, no debería desembocar en la discriminación.

Según Checa, lo que se escribe sobre minorías étnicas, sobre todo en los titulares, es una información conceptual y epistemológica que permite alimentar estrategias del conocimiento, consecución de creencias y puesta al día.

“El lenguaje periodístico ayuda a asentar y difundir conceptos ya instaurados en el imaginario colectivo y que serán muy difíciles de separar de los de inmigración y los inmigrantes, tales como patera, mafias del Estrecho, invasión, avalancha, ilegales, indocumentados, detenidos y expulsados, etc..” (Checa 2004:223)

Fernández-Rufete y Rico coinciden con Checa a este respecto, considerando que la imagen socialmente construida sobre el inmigrante irregular representa a nivel simbólico la falta de reconocimiento en cuanto a la legitimidad de ciertos derechos sociales por el supuesto contexto trasgresor y delictivo que se proyecta tanto a nivel mediático como político (Fernández-Rufete, Rico Becerra 2004).

Según Benavides, entre el imaginario colectivo sobre los inmigración latinoamericana en EE.UU. y en España, la diferencia estriba en que en nuestro país no hay construcción social de la diferencia basada en aspectos raciales ni religiosos, y sin embargo, en EE.UU. sí que se identifican dentro del discurso discriminatorio (Benavides 2005).

Tras un fenómeno migratorio de alcance mundial, lo particularmente europeo es el tipo de discurso de exclusión desencadenado, que conforma parte de las interpretaciones sociales que circulan sobre la inmigración y el racismo popular.

Recientemente¹³ ha aumentado el número de enfrentamientos en diversas ciudades y en el sur de España, aspecto que demuestra un menor grado de tolerancia respecto a ellos, según va en aumento su número y frecuencia de trato con la población española (Banús 2003).

Si en la sociedad de acogida existe malestar social, existirá siempre la posibilidad de brotes xenófobos y racistas especialmente si la inmigración continúa concibiéndose como una amenaza. No obstante, no todo etnicismo o particularismo concluye en racismo, ni supone que lo étnico corresponda a una base biológica unívoca y constante, sino que lo que interesa subrayar es la apelación al racismo o a la diferencia étnico-racista que potencialmente implica el deslizamiento hacia la afirmación radical de determinadas diferencias culturales. La mayoría de etnicismos tienen como objetivo reivindicar la

¹³ España es considerado habitualmente como un país no “racista”; sin embargo, muchos renglones de nuestra historia están escritos en clave de expulsión de etnias enteras o por motivos religiosos. No hablamos, en definitiva de un fenómeno de nueva aparición en la sociedad española, pero que en otro tiempo, debido a las coordenadas sociales y culturales de la época, no se concibió como un comportamiento o actitud de este tipo.

identidad amenazada, subordinada o excluida, de manera que se construye como un proceso necesario no exento de riesgos.

Los planteamientos biologicistas intentan legitimar identidades y prácticas sociales relativas al racismo cultural; entre lo biológico y lo ideológico existe una aparente línea demasiado delgada que expresa en el fondo, relaciones de poder a nivel micro y macrosocial. Así, lo biológico, de alguna forma legitima comportamientos racistas a través de la normalización de representaciones y prácticas de desigualdad, selección o discriminación en la vida cotidiana (Menéndez 2002).

De ahí parte el hecho de que se asienten tanto representaciones sociales como prácticas en las que los estereotipos comienzan a ser rasgos ideológicos de la sociedad de acogida erróneamente considerados objetivos. Así pues, tanto la diferencia, como las consecuencias negativas derivadas de ésta (exclusión, estigmatización, desigualdad, racismo, xenofobia..) se establecen a partir del momento en el que existe noción de identidad.

Podríamos decir que el racismo, es una situación social que abarca diversos fenómenos, reacciones, actitudes, sensaciones, etc..., siendo casi una doctrina que presenta la justificación y legitimación de una jerarquía en el contexto moderno dominado ideológicamente por la igualdad (Moreno Feliú 1994).

6.2.1 Percepción social de la diferencia como estigma: representaciones y prácticas de discriminación hacia cuidadores inmigrantes.

El inmigrante vive una clara discriminación en lo que se refiere a consideración social, que contribuye a hacer socialmente justificables sus condiciones de vida. Las prácticas discriminatorias se basan y reproducen en un discurso en el que subyace la diferencia como representación social; existe un desequilibrio entre ambas generado como mecanismo de control de la hegemonía frente a subalternidad. Los siguientes fragmentos discursivos presentan evidencias y percepciones de discriminación a diferentes niveles:

C: "Venir a España, yo no quería; porque yo veía cómo trataban a una persona de color, como son de mi país, ví que en Madrid la gente le corría y se agarraban los bolsos y así. Uy, yo aquí, no. Siempre yo creí en la igualdad; ahora, si estoy callada, tiene pase, pero si hablo...ah, si tú no eres de aquí. Le digo a mi marido a veces que parece que venimos a quitarle a la gente algo o que se sienten un poco como que les quitamos oportunidades. [..]Trato en lo posible de llevarme y de pasar. Yo siempre digo: ésta no debe tener nada de educación. Antes yo veía la vida de otra forma, no sentía la discriminación en mí, como nunca la había vivido...pero como ahora la he vivido, no discrimino nunca" (CI-2)

C: "Y bueno, muchas cosas. Cuando yo entré en esa casa, pues le decía, "yo no sé cómo se llama aquí a la gente, no sé cómo tengo que tratarla, señora, señorita o doña". La madre me dijo, pues usted dígame Manoli, por su nombre y ya está. Y yo empecé a tratarla Manoli, Manoli...a decirle así. Y luego un día viene, y ya habían pasado 6 meses desde que yo entré a esa casa y yo haciendo como me habían dicho que hiciera las cosas. Un día viene y me dice "Ana, yo para usted soy Doña Manoli, porque yo tengo una profesión. Pero usted para mí no es nada; yo soy Doña y usted no me venga a tratar de Manoli. Y si por mí fuera, en este momento estaría usted en la calle, porque no me gusta cómo usted me trata. Y yo hice lo que me habían dicho, y yo intentaba ser correcta...Luego empezaba a decir cosas, a gritarme, a insultarme..." (CI-4)

C: "He encontrado también de todo, bueno y malo. También he encontrado aquí gente que no me ha saludado por la calle, y sin embargo, me lo tengo que tragar porque soy inmigrante y no lo puedo hacer. Pero a mí eso me parece mal. Porque por ejemplo, piensa que tú vas a emigrar a otro país, y te vas porque vas a tener mejor porvenir. Te molestaría que pensarán que sois así (de una manera concreta)...o de la otra manera...A veces me han hecho sentir como la peor cosa que hay en la vida. A veces me tengo que callar. Me ha pasado al menos tres veces, pero ya la segunda vez...te callas los insultos, y te los tragas. Y me duele. Y me lo callo. En ese sentido, me gusta respetar a la gente, tampoco me gusta insultar ni humillar ni nada. Pero si me hace sentir mal y me dicen cosas que no son justas entonces tengo que responder. Entonces ya me hecho hacia delante, y no le voy a permitir a nadie que por ser inmigrante me trate mal. Eso lo he aprendido. A veces lo que te reprime es ah, la gente como es...pero estoy por lo que estoy aquí. A mí, no aquí, pero me han hecho muchos desprecios y me han humillado bastante, porque no hace falta que te lo diga todo el mundo, pero cuando hay 3 personas que te lo han hecho, no quisiera que me lo hagan más. Y yo siempre tenía esa idea cuando estaba trabajando, decía :Dios mío, que nunca me toque un trabajo, que me hagan sentir la criada de la casa, estando tú aquí y ellos allá, y te traten así...no sé". (CI-9)

C: En todos los países siempre hay excepciones, cuando yo llegué a Madrid y estuve ahí unos 4 ó 5 meses y fui donde el doctor porque tenía dolores en el cuerpo por el frío y me indicó una pastilla que no me hacía nada. Cuando volví y hablé con él me dice que lo que pasa es que yo estoy en el país equivocado. Ahí yo entendí que como era inmigrante no le iba". (CI-17)

C: Sí, me ha pasado. Hay gente un poquito racista. Salgo a la calle y veo a una persona mayor y la saludo, y hay días que me han contestado y otros no. Y yo me sentía mal, pienso que tiene que ser algo de racismo o tal vez poca educación, no sé. Cuando yo vine de Ecuador a los 15 días encontré trabajo en Madrid y la señora me echó por mi color a los 8 días". (CI-18)

C: "Pienso que aquí no se discrimina a nadie" (tono irónico). (CI-19)

C: "Me dio una patada en la rodilla y estuve 3 días ingresada en el hospital Morales Meseguer; tuvieron que hacerme radiografías de la rodilla. Esta señora era bien racista, me trataba de una manera distinta. Desde agosto que tenía que darme mis vacaciones, mi media paga. No me

quiso pagar el mes...nada. Yo quise dejarlo todo, y decidí dejar ese trabajo. Me dejó a deber una semana entera...Me dijo: como tú estás sin papeles ni nada, no te voy a pagar, y además, te voy a devolver a tu país...vete a la puñetera calle.... Me trató de lo peor. El único problema que he tenido ha sido con ella. Con lo que he sufrido, Dios me ha ayudado. Ya te digo, en esa casa que te he dicho, me trataban de lo peor". (CI-23)

Estos fragmentos del discurso de las cuidadoras inmigrantes indican claramente tanto las representaciones como las prácticas discriminatorias que han ejercido con ellas, de manera que la percepción social que existe entre este colectivo es de carácter estigmatizante. En algunos casos, como hemos podido observar, se evidencian prácticas de maltrato tanto físico como verbal, que ellas perciben como parte del trato discriminatorio. La diferencia, ya sea de identidades, étnica o cultural, en ningún momento justifica las prácticas discriminatorias, y mucho menos las vejaciones y el maltrato. Se trata de una manera extrema de intentar normalizar la discriminación; así, la sociedad niega las evidencias de su control hegemónico frente a la subalternidad, basando su acción en la diferencia, produciéndola socialmente a través de prácticas discriminatorias de todo tipo como forma de situarse en la oposición y diferenciación con el otro. La discriminación como práctica hegemónica se circunscribe de nuevo en entornos invisibles y ocultos socialmente, dentro de los espacios domésticos, donde apenas puede haber repercusión al resto del grupo minoritario, en tanto que las circunstancias de vida de las cuidadoras inmigrantes favorecen la exclusión social de éstas. Así, el propio orden social contribuye a la reproducción de unas prácticas discriminatorias a la vez que excluyentes, y un discurso que socialmente no lo reconoce de manera explícita.

Coincidimos con Chamizo en que un elevado porcentaje de trabajadores inmigrantes viven en situación de exclusión social, pero el nivel de discriminación no es idéntico en todos los casos (Chamizo de la Rubia, J. 2004). Uno de los signos más evidentes de la discriminación es la exclusión social, aspecto que debería hacernos reflexionar sobre las políticas y estrategias socioeconómicas aplicadas en los últimos años. A grandes rasgos, puede afirmarse que la política migratoria española propicia un contexto receptor desfavorable para los inmigrantes extracomunitarios que no responde únicamente a razones culturales y/o económicas, sino que son sistemáticamente producidas por la legislación. Según Solé, La Ley de Extranjería contribuye en la construcción de la ilegalidad como realidad, así como a marcar la posición de la marginalidad de los inmigrantes en el mercado de trabajo (Solé 2001).

Dichas prácticas discriminatorias hacia los inmigrantes, sobredimensionan las diferencias tanto sociales como culturales, que contribuyen a acentuar tanto el hermetismo sobre el tema como su condición de marginalidad. Es un esquema

de interacción-relación que es reforzado y reproducido socialmente; en este sentido, coincidiendo con Guerrero y Morales, *“la marginalidad, en cierto modo, es creada y favorecida por los valores sociales que influyen la dinámica social que tiende a reproducir mitos y estereotipos sobre las propias condiciones de los inmigrantes denominados marginados, es decir, como individuos que pertenecen a una determinada clase u orden natural”* (Guerrero Muñoz, Morales Moreno 2005:296)

La actual crisis económica española también está induciendo un cambio de la opinión pública ante el hecho migratorio, referido especialmente a los efectos económico-laborales del mismo. En una situación marcada por tasas de paro elevadas, la ecuación de costes y beneficios de la inmigración internacional está siendo reevaluada. Una opinión pública cambiante puede asociarse a ciertos desequilibrios y desajustes, que pueden ocasionar percepciones de agravio comparativo (Rinken 2011). La competencia por un puesto de trabajo puede ser desencadenante de conductas discriminatorias.

6.2.2 Percepción positiva sobre la inmigración

Existen muy pocos relatos de cuidadoras inmigrantes que no aludan en algún momento a prácticas discriminatorias; los únicos que encontramos son los siguientes:

C: *“Depende de las personas que encuentres, porque hay personas buenas, que suelen entenderlo y por lo menos, yo, he tenido mucha suerte. Hay gente que dice, bueno, es que me tratan mal o me dan de comer lo que ellos quieren, o te tienes que comer lo que hay, y eso...pues yo no; la verdad es que tengo y he tenido mucha suerte, debe ser eso, porque tengo muchas amigas que me dicen, “ay, es que me tratan así, me dicen esto...”* (CI-5)

C: *“Sí que existirá pero a mí no me ha pasado. De casos que yo sepa así...que me han contado, pero que a mí me haya pasado, no. Experiencias mías, no. Por mi experiencia no, pero cada uno vive su propia experiencia. Habrá otra gente que le pasará, pero a mí, no. Eso es de momento, que más adelante, no sé. A veces, uno, como dicen, por mucho que se diga, a veces no se termina por pasar por todo lo que tiene que pasar. Si a lo mejor me encuentro con alguien que no sé, que sí que lo señalan...en mi caso, hasta este momento, no. La verdad es que yo sí que estoy agradecida con España porque a mí no me han tratado así, ni la gente, ni nada. Por eso digo, que a mí no me han tratado mal aquí porque dondequiera que fui tuvimos un plato de comida como quien dice. Y de ahí ya entre Caritas y por ahí entre amigos que me hice fui encontrando trabajo ya”* (CI-3)

C: *“No, de esa parte estoy bien. No he visto esa discriminación porque en la familia, o la señora me tratan bien”.* (CI-25)

En el discurso se refleja cierta confusión ya que las cuidadoras inmigrantes consideran que no sufren discriminación social si la familia o la persona con la que

trabajan directamente no lo hace. Este aspecto refleja claramente la exclusión social en la que viven, ya que no tienen noción de pertenencia o participación social a un nivel más amplio, solamente a nivel microsocioal, en el entorno doméstico. Tienden a generalizar ciertos patrones de comportamiento personales y particulares como si fuesen normas de orden social establecidas, las cuales, consideran que se comportan de manera diferente en su caso por cuestiones relativas a la suerte, la casualidad o el azar.

6.2.3 Estereotipos

La discriminación se vive en muchos casos como un estigma, que viene propiciado por la presencia de estereotipos acerca de los inmigrantes, como observamos a continuación.

C: "Sí pero es algo cultural, porque también ignoran la cultura de cada pueblo. [...] Ya nos tienen encajados. Por eso es tan difícil. Es que tú eres ecuatoriana. Aquí todos los rasgos los tienen identificados. Pero allí es como aquí. Aquí hay de todo también. Y allá también habemos de todo. [...] Aunque con ecuatorianos, hay veces que... hay cosas que no me gustan. Y luego es que parece que somos así todos y nos hacen quedar mal. No es lo que parece, así es que no me apetece mucho. [...] Trato de ser muy amable, pero no converso mucho con la gente porque la gente yo ya sé qué es lo que están hablando. Y es que no me gusta... dicen "es que los de tu país..." entonces esa expresión... y no me gusta, no digo nada". (CI-2)

C: "Muchas veces nos dicen: vosotros que venís de fuera os gusta vivir amontonados. Y es que no saben a lo mejor la situación económica de nuestro país, lo que hemos dejado allá y para empezar aquí, empezar a superarse, hay que limitarse de muchos gastos y no es que nos guste, es que la situación nos obliga a vivir así. Si eso lo entendiera mucha gente, sería diferente y claro, entonces... no dirían eso. Es que dicen "destruyen las casas" porque vive mucha gente en una casa, "lo dejan destrozado los que vienen". A lo mejor, no todos, porque a mí no me gusta dejarme todo destrozado, pero mucha gente en una casa no pueden cuidar una casa como si viviera uno solo. Pero en aquél piso de las 15 personas es que no teníamos más remedio". (CI-4)

C: "Bueno, trabajé con una persona mayor como 3 años, pero hombre, pronto porque ella sea mayor, decía que los inmigrantes, pobreticos porque vienen de por allá y que no se qué, que nos vamos muriendo de hambre y no es eso, de hambre no nos morimos, de hambre se muere una persona que esté entregada a los vicios, porque mi esposo se vino y yo cuando él me llamaba yo nunca le preguntaba si él necesitaba; yo sé que tengo que pagar los recibos y me iba, y como fuera él conseguía la plata trabajando, y siempre me daba para pagar lo que necesitaba y el recibo del agua y la luz. Hasta que un día me cansé y cuando la señora me preguntó que cómo

nos vinimos para acá, le dije que nos vinimos en una bicicleta y cuando nos cansamos, que llegamos en patera. Porque ella siempre decía “probrecita y pobrecita”, y llegaba al extremo de darme fruta mala y podrida que tenía para tirar. Entonces yo salía, le decía hasta luego y se lo amarraba en la puerta para que viera que no lo quería. Yo lo recibía, pero luego se lo dejaba en la puerta amarrado. Y trabajé con ella 3 años hasta que un día me dice, “¿no te gusta la fruta?”, y yo le dije “sí señora, me gusta. Pero yo siempre he comido las cosas en buen estado, no podridas.” Pero yo digo que en todas partes hay de todo. Yo he trabajado con gente muy buena, muy importante aquí y nunca he tenido problemas. Y ahora pues con las que trabajo estoy bien, gracias a Dios. Pero hay de todo, en todas partes hay gente que lo mira a uno por encima del hombro. Aquí son 3 viviendas, no más, y ahí hay una española que es horrible, horrible. Yo soy una persona que me paso el día trabajando, llego de mi trabajo aquí. Y salgo ahí a tender la ropa, no más, y esa señora es horrible, es española pero cosa más impresionante. Si a los niños les digo que salgan a jugar un ratito, ella va y les echa agua. El día que vea que haga eso soy capaz de darle para que aprenda. Los echa del patio y todo le molesta, y ella es una persona que de pronto, es de las que menosprecia al inmigrante, todo, todo le molesta. Dijo una vez que nosotros vivíamos como animales. Es horrible. Llamé al esposo porque ya me cansé de decirle a ella, “señora, señora...”. Contestaba que no la llamara señora...porque claro, señora es ser una cosa y ella es otra. Me dijo el esposo que tenía un revólver. Yo le dije que no me interesaba, pues yo vengo de una parte de donde un revólver lo tienen muchos y nos quitan el ombligo, y a mí no me interesa eso. Es horrible. Yo soy inmigrante pero no voy a permitir que me vengán a pisotear. Entonces te digo que en todas partes hay de todo”.(CI-8)

C: Sí, sí, claro que sí hay una imagen preconcebida. Sabemos que estamos fuera del país. Sabemos que venimos con otras condiciones, por más que seamos profesionales, acá venimos solamente a trabajar como mano de obra. Sabemos que no vamos a conseguir nada a nuestra altura, a nuestra capacidad. Entonces tenemos que resignarnos al trabajo que podemos conseguir. Es muy difícil...quizá la gente joven, puede ser que de aquí a unos 8 ó 10 años, otros inmigrantes puedan conseguir un trabajo de acuerdo a su nivel profesional. Pero normalmente no. Ustedes saben que están en su país; saben que tienen todas las ventajas que tienen acá. Entonces nosotros tenemos que doblegarnos y respetar las normas que ustedes tienen y apegarnos a lo que ustedes nos dan. Si ustedes nos dan una caridad, pues la recibimos, porque sabemos que la necesitamos. Pero tampoco podemos exigir más de aquello a lo que podríamos optar. [...] Yo creo que les pasa a ellos igual que a nosotros. Nosotros hacemos ideas preconcebidas de las personas de aquí, pero cuando tratamos a las personas nos damos cuenta que no es así; entonces, a ellas también les pasa igual. A las personas, lo que les pasa aquí, como ya les han pasado casos, pues son más desconfiados porque, por ejemplo, han tenido gente que los han robado, los han tratado mal, pues los han hecho ser desconfiados. Entonces, no es culpa de la persona sino de otro que viene y daña la idea sobre todo el grupo que viene. Pero sí, sí, claro que sí hay estereotipos... Si todo el mundo viniera con ese pensamiento: voy a trabajar honradamente, no voy a matar, voy a estar en mi casa porque lo que quiero es tener

oportunidades de tener mi casa y mi coche...Para todo eso se tienen muchas oportunidades, pero si están pensando en cómo robarle a los demás, pienso que lo que hacen es daño, porque por ellos pagamos todos. (CI-13)

C: "Un día vino a visitarme un hombre, y él (mi jefe) le dijo que no se metiera con los inmigrantes, que los inmigrantes sólo querían sacarle el dinero, que se aparte de los inmigrantes, que se buscara una española, una buena..Porque las de aquí son mejor que las inmigrantes. Y eso lo voy a tener toda la vida metida aquí en el corazón. Ponte en mi lugar...Las españolas son muy guapas y entonces tú no eliges tener este pelo y este aspecto...entonces cierras la puerta y ya está. ¿Cómo te vas a sentir en mi lugar? ¿Cómo me voy a sentir integrada en la familia? Nadie lo puede querer a uno... [...] Influye aquí la guapura, y el aspecto. Si tú vas a coger un trabajo, aunque sea para cuidar a personas mayores, si eres bonita te cogen y si eres fea no, y por el tamaño corporal. Aquí es sólo guapura. Hay que vivirlo en carne propia. Yo he llevado a una boliviana, que es ahora amiga mía; yo la conocí en la calle. La llevé a un trabajo y la señora me dice que, bueno, yo la llevé a ella porque nosotros mismos entre nosotros nos ayudamos. Y la mujer no se lo dijo a ella, pero a mí me dijo que ella era muy fea, y que esa no le gustaba a ella para cuidar a su madre. Eso hay que vivirlo en carne propia. Y eso te hace no estar bien; yo me arreglo cuando tengo una entrevista, me tengo que arreglar bien...". (CI-27)

No sólo encontramos la percepción de estereotipos por parte de las cuidadoras inmigrantes, sino que también los encontramos en su propio discurso acerca de las características de la sociedad española actual. Dichos estereotipos se transmiten a través de la red social transnacional hasta sus países de origen.

C: "La niña no quiere venir. Me dicen que imaginan que aquí los niños están muy maltratados, y yo les digo que no pues, pero a ella le han contado así. Y yo le dije mi hijita, no, porque aquí hay niños que yo conozco pero no son maltratados los niñitos, Y me dice que no mamita, son humillados. Los españoles humillan a los niños y a los ecuatorianos. Y no mamita, le digo. Acá no. Yo he trabajado, yo tengo tres años acá y no me han humillado. Allí ella está con mis hermanas.". (CI-16)

C: No, ellas no quieren venir a España a estudiar porque el estudio de Ecuador no es igual que aquí. Eso me han dicho que no es lo mismo estudiar aquí y yo lo veo en televisión que los chicos maltratan a los profesores. Allí no, con la mirada del profesor los alumnos tienen que estar agachados, como que le tienen miedo, pero aquí los profesores no se hacen de respetar. "(CI-22)

6.2.4 Producción social de la diferencia: representaciones y prácticas de discriminación en el discurso de los cuidadores familiares

Abordamos el tema de la discriminación a los inmigrantes entre las cuidadoras familiares, siendo su discurso el que prosigue:

C: *Yo no, yo no discrimino a nadie. Algunas, lo vemos más porque ahora mismo, por poner un ejemplo, sacan las basuras a las horas que quieren, arrastrando por la calle. Oye, pues si pasan las máquinas limpiando la calle y hay que tener la calle limpia, pues lleva cuidado, ¿no? Por poner un ejemplo sin importancia, pero así, muchos ejemplos. Ellos, si dicen buenos días, pues yo le contesto, porque yo, racista no soy, yo respeto a todo el mundo, y la verdad, me saludan, "buenos días, buenos días...", pero nos están quitando el trabajo aquí a la gente, también te lo digo. Tenían que venir con sus papeles y todo, que viene gente luego y se meten 3 y 4 familias en un piso, porque vienen sin papeles. Pero yo respeto, también tienen derecho a comer como nosotros pero eso, que vienen así...y tendrían que estar legalizados, como nosotros hemos ido a Alemania y a otros sitios con nuestros papeles". (CF-28)*

C: *"No se discrimina, porque yo, no las he tenido, pero las ha tenido mi nuera, y hasta incluso una, porque hay de todo en la vida, tuvo un crío y ha sido mi nuera la madrina. Y se llevan muy bien, porque tuvo la cría y no pudo seguir trabajando, pero la ha tenido tres ó cuatro años con sus padres. Si mi nuera llevó 6 u 8 años de batalla con sus padres, y sin embargo, esa es buenísima. Y siguen la relación, aún cuando ya no siguen vivos sus padres. Si estuvieran vivos, pues cuando la cría hubiera estado más grande, habría venido otra vez. Y yo creo que sí, mi nuera no recrimina a nadie. Lo que pasa es que a una la cogió, y le dijo que cómo hacía eso, que si es que allí la trataban mal para que hiciera eso. Pero discriminarla no, ni ella ni nadie (CF-29)*

C: *Se discrimina, y algunas veces a lo mejor es injustamente, pero otras veces, se lo buscan ellos mismos. Te lo digo porque lo compruebo. Ahí se ponen, y es que no puede ser...De los nuestros, se han ido a trabajar fuera, se han ido con papeles, a trabajar por un tiempo y luego han vuelto a su casa. Y yo creo que antes estaba muy mal la cosa. Pero ahora, no puede ser que veas tú por ahí, esta gente, como vienen, todos borrachos, robando, haciendo mil cosas....se discriminan ellos solos. Si yo veo que un vecino viene a vivir y lo vemos que trabaja, que lleva su casa bien, pues uno más. Ahora, si empieza a dar el follón, ¿entiendes?, pues no tienes más remedio que decir, "¡mira si se fuera a su país ahora mismo!". Yo creo que se han discriminado ellos mismos. (CF-30)*

C: *"Vienen hasta de esos países que, si no los conoces, los ves y son igual que nosotros. Pues vienen de todas las clases. Algunas son muy curiosas y muy buenas, y yo tuve una ecuatoriana, Leonor; esa mujer me dijo a mí que había estado cuidando de una vieja, y que la cuidaba muy bien, y yo, en esa mujer, me lo creo, porque es una mujer mayor, tiene a sus hijas casadas. Y yo, de esas mujeres, creo que las tiene que haber buenas y malas, como en todos sitios (CF-31)*

C: *"No creo, creo que no se discrimina. El tiempo que estuve allí, que han estado italianas,*

griegas, eslavas y de todas las mezclas, se les ha tratado muy bien.”. (CF-32)

C: “ Mucha gente sí discrimina. Pero otras, los apoyan pero casi están discriminadas. Por lo menos, yo lo veo, porque yo salgo y lo oigo: Mira, tanta gente de por ahí, que se vayan a su país, vaya un follón de gente, todas las enfermedades que han traído, que no se qué... Es que hablan malamente”. (CF-33)

C: Yo no sé; yo eso...yo la confianza la tengo. No soy racista. Que lo harían bien...no lo sé, como no lo he vivido no lo sé. Pero si me dan a elegir, yo prefiero una persona de aquí, antes, eso está claro. Por todo lo que se ha oído. Yo quiero a una persona de aquí. Entonces yo, racista no soy”. (CF-39)

El propio discurso está repleto de representaciones de discriminación, mientras que aluden a prácticas de igualitarismo, aceptación y colaboración en su integración. De nuevo vuelve a manifestarse la paradoja que genera el desequilibrio; el discurso alude a un imaginario colectivo donde no tiene cabida la discriminación, mientras que las prácticas evidencian lo contrario. Se configura esta estrategia como mecanismo de control social y reproducción de la exclusión.

Mientras que las cuidadoras familiares consideran que no se ejerce discriminación hacia los inmigrantes, aunque el discurso sí que lo refleja, las cuidadoras inmigrantes sí perciben dicha discriminación, asumiéndolo como una forma de vivir la diferencia.

Solamente encontramos un informante, (cuidador familiar) en el que las representaciones y las prácticas coincidían; este hecho nos resultó muy interesante, y el motivo que justificaba este equilibrio sobrevenía al hecho de haber vivido ella misma la inmigración en primera persona en otra etapa anterior de su vida:

C: “Muy mal, muy mal, porque somos humanos, y a las personas no hay que discriminarlas, somos humanos. Ahora, es que, el que no respeta las leyes, las cosas, las costumbres, esa persona tiene que ser castigada, si no respeta. Igual que nosotros tenemos que respetar a los demás, si vienen aquí a España. Tienen que respetar nuestras costumbres y nuestras cosas

I: ¿Se ha llegado a sentir diferente alguna vez?

C: No, viví con personas extraordinarias. ¡Yo comía con los jefes en la mesa! Muchos domingos nos decían, que no hiciera de comer que tenían comida para nosotros, y nos ponían de comer en su mesa. Cuando llegaron los otros españoles, para que veas cómo yo soy, miraba la hora del café y empezaba la señora, “¡Carmen, café!” Y yo decía, a Víctor y María, los vecinos que tenía allí, que eran de Ceutí (Murcia), “venga, vamos”, y ellos no querían. Luego mi marido decía, “oye, pues ya que nos dan el café, ¿por qué no hacemos diez minuticos más de trabajo?”. Los otros decían “pues yo no se lo pido; si no me lo quieren dar que no me lo den..”, esas contestaciones. Yo no lo veo así, porque si ellos con todo el cariño del mundo nos decían de

tomar una tacica de café, y te daban una pasta...pues si decimos de hacer diez minutos más, ya no es por lo que te han dado, es para que vean que estás agradecido por lo que hacen contigo. Eso. Y el primer día que llegué, el hijo del jefe, me cogió en su coche y me llevó al supermercado, para que yo supiera dónde estaba el súper, para que pudiera comprar lo que necesitara. Ah, no, lo primero que hizo fue ir a una librería y comprar dos diccionarios español-alemán y alemán-español. Y nos dio a nosotros uno y otro para ellos. Y cuando no entendíamos bien y nos las veíamos fatal, pues entonces cogíamos el diccionario y ya está. ¿Qué te parece...? Yo dí con unos señores extraordinarios. No me sentí discriminada, nada, nada, al revés.”(CF-1)

Quizá a esta informante le ocurrió lo mismo que le sucede a las cuidadoras inmigrantes entrevistadas que sostienen una visión positiva respecto a la discriminación. Nos referimos a la extrapolación a nivel macrosocial de características muy particulares de una persona o familia en concreto, fruto de la propia exclusión que vive el inmigrante.

6.3 LA MUJER EN LOS MOVIMIENTOS MIGRATORIOS Y EL MERCADO LABORAL

“Entre las dificultades se esconde la oportunidad”

A. Einstein.

La situación a nivel migratorio comienza a cambiar en función de otro tipo de transformaciones sociales que acontecen en otros lugares del mundo. El cambio social es global, de manera que las transformaciones en determinados países generan nuevas tendencias en otros lugares. Así, el elevado nivel de envejecimiento de la sociedad europea y la importante incorporación de la mujer al mercado laboral, configuran una situación que facilita y reclama la migración femenina desde diversos puntos del mundo, circunscribiéndose las necesidades, entre otras, al ámbito doméstico.

“Ante fenómenos acaecidos en la sociedad española como la mayor incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, el aumento de la renta familiar en las clases medias, el envejecimiento de la población y la no asunción de los poderes públicos de los costes de reproducción que eran asumidos por las mujeres que ahora se incorporan al mercado de trabajo, se hace necesario reclutar a mujeres que se encarguen de ese trabajo y la continuidad de la reproducción social. Pero además, la manera de reproducirse este mercado mantiene las condiciones de desigualdad de género y clase social a las que se añaden las de extranjería, raza y etnia” (Gregorio Gil, C. 2002).

De acuerdo con la Teoría de Sistemas que enunciábamos en el marco teórico en relación a la inmigración, entendemos que la incorporación de la mujer al mercado asalariado en los procesos migratorios no es más que un reflejo o consecuencia lógica de la participación de la mujer en el proceso productivo dentro de las sociedades vinculadas al modo de producción capitalista.

Las primeras inmigrantes de este origen iniciaron el proceso a principios de los noventa desde República Dominicana. A lo largo de estas dos últimas décadas, el colectivo fue aumentando con el aporte de las mujeres peruanas, para crecer de forma vertiginosa con la llegada de población femenina procedente de Colombia y Ecuador desde principios de este siglo (Arellano Millán 2005).

El género interactúa con la clase social, haciendo que la mayoría de mujeres que recurren a la inmigración tengan bastantes probabilidades de vivir en primera persona los efectos de la polarización de la riqueza, (otra manifestación de la diferencia), siendo las mujeres las que principalmente ocupan las categorías de la pobreza. En muchos casos se trata de mujeres que puede que no nacieran en la pobreza, pero debido a circunstancias socioeconómicas, políticas, y a su vez culturales y personales, han sido arrastradas hacia ella.

Las mujeres conforman un colectivo bien diferenciado dentro de la población trabajadora inmigrante, que puede definirse como mano de obra secundaria o residual, discriminada genéricamente en los dos segmentos del mercado. Partiendo de esa situación de desventaja, su posición dentro del mismo estará muy relacionada con la adscripción a un grupo social determinado; así, por su valor residual tendrá menor reconocimiento laboral, menor preparación posiblemente, y menos posibilidades de acceso al mercado laboral que los hombres (Arellano Millán 2005).

Gregorio reafirma la idea de que el sistema se reproduce a sí mismo, de modo cerrado (Ídem). Con esto quiere decir que puede resultar difícil imaginar un futuro distinto en relación a las opciones laborales de las mujeres que acaban de emigrar a un país donde una de las principales fuentes de trabajo para ellas se circunscribe al entorno doméstico, debido a las connotaciones que éste tiene de liminaridad y ligado históricamente al género.

Muchos de estos rasgos son iguales en todos los países. Hay tres factores comunes que favorecen la demanda de empleadas en el hogar, mucho más elevada en los países del sur de Europa. Tener una "*criada*" continúa siendo un símbolo de prestigio social. Los servicios sociales dedicados al cuidado de niños y ancianos son insuficientes. Y, por último, la persistencia de los antiguos valores y la tradicional división de géneros dentro de la familia (Solé 2001).

De este modo, y bajo las presentes circunstancias, la integración laboral de las mujeres autóctonas seguirá requiriendo su sustitución por mujeres pobres o empobrecidas del Tercer Mundo en la realización de las tareas domésticas. Esta sustitución tiene el efecto de perpetuar la imagen subordinada de las mujeres, con nuevos tintes étnicos, a la vez que muchas de ellas sufren ahora movimientos descendientes en

sus carreras profesionales, educativas o sociales previas ejercidas en el lugar de origen (Escrivá 2005).

Por otra parte, la disponibilidad de empleadas nacionales es cada vez menor. Muchas de ellas son de edad avanzada y no hay reemplazo por parte de las jóvenes españolas. Éstas, incluso sin empleo, no suelen querer un trabajo que, no sólo implica muchas horas, sino que también se asocia a la escasa valoración social con la que ha contado esta actividad históricamente.

Ciertamente, se puede asegurar que, en un mercado laboral segmentado como el español, los trabajadores inmigrantes sólo están en competencia con segmentos marginales de la fuerza de trabajo nacional y/o limitado a ciertos sectores ocupacionales (Solé 2001).

Es preciso plantear y analizar que, mientras, que las actividades del mercado sumergido son en sí legales, las actividades del mercado ilegal/criminal son ilegales. Tanto un empleador como un trabajador pueden tener un carácter dual, de forma que tienen u ofrecen trabajo tanto en la economía formal como en la informal. Es preciso destacar que la existencia de mercado ilegal, economía sumergida, tiene lugar tanto en países ricos como en pobres y por tanto no son factores explicativos del nivel de desarrollo.

La pérdida de un empleo legal no siempre es sinónimo de pérdida de legalidad, (véase ANEXO VI.-Ley de Extranjería), pero luchan por ella desde distintos posicionamientos: por un lado, intentando legalizar su situación y evitar los problemas de la ilegalidad; por otro, se esfuerzan por conseguir entrar en la economía formal a fin de obtener un permiso de trabajo, adquirir cierta estabilidad económica y aspirar a los derechos de que carecen al estar en la economía sumergida. De ahí concluimos ciertas ideas sobre la aspiración laboral real de la mujer inmigrante, que no se centra en permanecer trabajando en el ámbito doméstico. Esta actividad constituye la principal y primera oportunidad laboral que se les presenta a su llegada a las mujeres inmigrantes, pero no deja de ser concebida por ellas como una oportunidad transitoria hacia otro trabajo en el mercado formal, ya sea en el sector servicios o en cualquier otro sector que le oferte una ocupación acorde con la cualificación de cada una de ellas.

El problema radica en las dificultades de los inmigrantes para entrar y mantenerse en el mercado de trabajo formal, creándose un círculo vicioso que los mantiene en la ilegalidad. Ello hace aún más difícil su integración, y menos probable la obtención de un contrato formal. No obstante, a pesar de trabajar en el sector doméstico, sin contrato en la mayoría de ocasiones, es el tipo de trabajo más fácil de obtener para poder iniciar el proceso de legalización. Por ejemplo, vivir interno con una familia es la mejor forma de evitar cualquier tipo de control.

En España, el Estado y el mercado son coprotagonistas de la feminización de los flujos. Por parte del Estado, la política de inmigración articulada por las prácticas institucionales fija la entrada y la inserción de los flujos en función de la gestión de grupos migratorios. El mercado, a través de una estructura de la demanda en función de las necesidades de las mujeres empleadoras del servicio doméstico, pertenecientes a las clases medias urbanas. Estas mujeres autóctonas utilizan fórmulas mercantilistas de reproducción, posiblemente ante la ausencia de políticas familiares que les faciliten el cuidado de los hogares. En este sentido se vuelve a reproducir, de nuevo, el vínculo entre un mercado muy segmentado y un débil régimen de bienestar. Ante dichos vacíos que aseguren los cuidados cotidianos, las mujeres autóctonas miran hacia la inmigración internacional para resolver las ausencias en la esfera reproductiva (IMSERSO 2005).

La fuerza de trabajo inmigrante tiene acceso a ocupaciones en las que los autóctonos también concurren, pero los inmigrantes son discriminados positivamente por el hecho de aceptar peores condiciones de trabajo. Así se permite el abaratamiento de costes, alcanzar mayor flexibilidad y frenar la inflación. Esta discriminación positiva en el acceso, se complementa con una discriminación negativa en las condiciones laborales en el puesto de trabajo, en especial en relación al salario, al tipo de actividad y a las condiciones de trabajo (Solé 2001)

Granados asegura al respecto que en España, existe una tendencia a representar a la inmigración en su aspecto negativo y sólo mínimamente a nivel positivo, sobre todo por su aportación económica como mano de obra fácil, barata, sumisa y flexible, siendo ésta sin duda, la principal virtud que se reconoce a la inmigración, añadiendo también los posibles efectos demográficos (Granados 2002). En su estudio, no aparecen alusiones de ningún tipo en relación al orden cultural o a la diversidad de modos y formas de vida, de costumbres y formas de relacionarse, que representa una proyección social de la inmigración muy utilitarista en última instancia, con motivaciones derivadas del mantenimiento de un orden social establecido, pero que sitúa totalmente al margen de éste a aquellas personas que permiten y hacen posible su funcionamiento. En este aspecto, coinciden nuestros hallazgos con los de Granados.

Respecto al servicio doméstico en el ámbito del mercado laboral, suele pensarse que trae grandes ventajas, especialmente para el país receptor. Incluso según algunas ideologías, puede ser considerado como un trabajo suave, menor, que no requiere gran esfuerzo ni físico ni mental, pero donde uno de los elementos fundamentales es precisamente el número de horas de trabajo. Así, el trabajo doméstico es uno de los más duros de todos aquellos a los que se dedican los inmigrantes.

Podemos decir que se establece tanto una etnoestratificación, como una diferenciación en función del género y de clase en cuanto a las oportunidades laborales de

los inmigrantes. Así, se explica el hecho de que se haya ido construyendo un imaginario asociado a las capacidades diferentes de hombres y mujeres. La perspectiva de género permite concluir que, a pesar que el conjunto de la población inmigrada realiza las ocupaciones de menor estatus social y menor remuneración, son las mujeres inmigrantes las que ocupan el último estrato. Su condición de mujeres explica que se las reciba en la sociedad receptora con el prejuicio de que sólo están capacitadas para realizar este tipo de tareas, independientemente de su nivel de estudios o cualificación profesional.

Las diferencias entre grupos pueden explicarse en términos de producción y de reproducción de desigualdades de género, clase y etnicidad principalmente. Se reproduce la situación étnicamente estratificada que se vive en los países y regiones de origen, a la que vienen a sumarse nuevas discriminaciones sobre las antiguas.

Las razones de que esto suceda cabe hallarlas en las estructuras de oportunidades y constricciones que la sociedad establece bajo relaciones de jerarquía y poder. Así, estas estructuras producen un discurso en el que los rasgos culturales y psicológicos de las personas y grupos son los que determinan que las mujeres y minorías étnicas no encuentren un empleo acorde a su preparación (Escrivá 2005).

Gregorio Gil también coincide con Escrivá en que la naturalización de las tareas domésticas, además de estar ligadas al género, surge de una serie de clasificaciones o diferenciaciones de tipo jerarquizante, y con cierto carácter discriminatorio, basadas en construcciones culturales existentes acerca del país de origen, el color de la piel, la lengua o la religión y que muestran los significados que se dan a ciertos estilos de vida, costumbres, expresiones corporales, formas de hablar (Gregorio Gil 2002).

6.3.1 Matrifocalidad

A nivel internacional cabe destacar el escaso valor que se le atribuye en muchas sociedades al trabajo productivo y reproductivo. Así, se puede pensar que las mujeres que emigran eran improductivas en sus países de origen o consideradas como "*mano de obra sobrante*". Este hecho implica que aún siendo la aportación productiva de la mujer mayor que la del hombre, siempre será considerada como una "*ayuda*" económica, relegada a un papel secundario. Esto es debido, entre otras causas a la escasísima o nula valoración, dureza e, incluso, desprestigio, que existe sobre las actividades domésticas en sus países de origen.

De la esfera natural (nacimiento, nutrición, muerte) podemos pasar a otro binomio universal como es naturaleza-cultura. En él, coincidiendo con las críticas al naturalismo de lo doméstico, cabe plantearse, como en su día hizo Ortner, si lo masculino es, frente a lo femenino lo que la naturaleza es a la cultura, en tanto que la mujer inmigrante en el mercado laboral vuelve a abrir este clásico debate.

La existencia de un espacio laboral en el ámbito doméstico favorece la emigración femenina con cierta seguridad, sin embargo, esto no ocurre con los sectores de trabajo masculinizados.

C: "Por eso digo, que a mí no me han tratado mal aquí porque dondequiera que fui tuvimos un plato de comida como quien dice. Y de ahí ya entre Caritas y por ahí entre amigos que me hice fui encontrando trabajo ya, pero mi marido nada. Él no trabajaba el pobre; lo pasó muy mal. Pero él lo pasaba muy mal también porque él no me veía a ninguna hora. Yo estaba trabajando siempre, todo el día, y fue así, una historia...y luego, él salía todo el santo día buscar trabajo y es que no encontraba, porque como no tenía papeles, pues en lo que él sabe, que es soldar, pues no le daban trabajo, porque sin papeles en ningún sitio le dan. Luego ya estuvimos aquí y mi marido, una mala época y no había trabajo, malo, malo..Llegué yo en Junio y él trabajó hasta mediados de Julio en el melocotón. Luego se acabó y madre mía, no teníamos ni para comer. Y estaba entre septiembre y noviembre buscando y por fin encontró ya en los limones. Por ahí un día trabajaba, otro día no trabajaba; si llovía, no trabajaba y así estaba el pobre, inestable. Hasta que ya empezó a trabajar en la obra porque ya obtuvo los papeles..Pero así no teníamos estabilidad.."(CI-3)

C: "Yo lo que estoy tratando ahora es de reunir un poco de dinero y traer a mi marido. Él tiene 56 años. Entonces sé que no va a conseguir trabajo acá. Es un poco difícil. Pero yo pienso que unos 3 ó 4 meses hasta que él conozca el ambiente y podamos conseguirle algo...Porque él todavía es una persona útil. Él puede trabajar, tiene fuerza de trabajo y camina muy bien. Él es profesional, tiene muy buena cabeza. Es economista, pero en nuestro país ya no encuentra trabajo. Él lo que está haciendo en Bolivia es un poco de trabajo agrícola, está cultivando, tiene un poco de ganado, hortalizas..Cosas así. En cosas en las que pueda trabajar de su cuenta".(CI-11)

Este aspecto supone a su vez que no se tomen en consideración las consecuencias de la ausencia de la mujer para el bienestar de sus hogares, ni las formas de organización desplegadas por las mujeres para llenar el vacío productivo que su emigración deja, en la reproducción de los mismos (Gregorio Gil 2002). Existen discursos culpabilizadores hacia la mujer inmigrante por el abandono del hogar y la desestructuración que sufre la propia familia, marcados por ideologías de género que determinan, en gran medida, la reproducción social.

Este fenómeno implica acudir a redes de ayuda mutua previamente existentes entre la parentela femenina (abuelas, hijas, hermanas..), que se responsabilizan de tareas relacionadas con el cuidado y atención de hijos y familiares dependientes de las mujeres inmigrantes. Así, el trabajo reproductivo se sigue desarrollando en la comunidad de

origen por parte de las mujeres, y las estrategias productivas son buscadas fuera del país, especialmente también por mujeres.

Las redes migratorias femeninas han dado pie a hablar de matrifocalidad en relación a la aparición de las familias multinucleares. Este fenómeno no significa en general que las migraciones sean iniciadas por hombres, pero es entonces, a raíz de ser las mujeres las que se quedan solas en el país de origen convirtiéndose en la cabeza de la unidad doméstica, cuando empieza realmente a ser dirigida la red migratoria por ellas y a reforzarse el carácter matrilineal de ésta.

Debido a la mayor facilidad que tiene actualmente la mujer a la hora de encontrar un trabajo en nuestro país, en el caso de los proyectos migratorios donde se viene la familia entera a España, se está dando el problema de la dificultad de aceptar el hombre el papel de la mujer como fuente estable de ingresos. El esposo, en muchos casos queda en un segundo plano, cuando en su país de origen la situación era al contrario (Chamizo de la Rubia 2004).

En el caso de las estrategias migratorias de los peruanos en España, también se confirma que comenzaron basándose en proyectos femeninos casi individuales y a corto plazo. Llegando a ser proyectos a largo plazo de reagrupación completa de familias extensas (Escrivá 2005). Los cambios en las estrategias familiares de los inmigrantes ha acabado generando un efecto en la dinamización y empuje de las carreras migratorias femeninas de manera que con el paso del tiempo, salgan de ese "nicho" étnico del servicio doméstico.

Esta situación no acontece solamente en el entorno español.

C: Yo creo que no, pero acá trabajo para mujer inmigrante sí hay. Te vienes aquí, y hay para las mujeres ilegales. Hay familias que humanitariamente, las acogen cuando llegan aún siendo ilegales. Pero para los hombres no hay trabajo. Tienen que tener mucha paciencia. Hasta me disfracé de muñequito en el parque del Retiro porque llegué a Madrid. En pleno sol, haciendo mimo para que la gente me echara dinero. Y ese dinero no era para mí sola, sino que lo tenía que compartir con la persona que me alquilaba la habitación. Si yo sacaba 60 euros durante todo el día de sol, la mitad era para él y la mitad para mí. Yo estaba muy cansada ya y ya no podía más.[...] Tenía un tío que tenía una mini-empresa de limpieza pero me pagaba a 3 euros la hora" (CI-21).

6.3.2 Condiciones laborales

En términos generales, la contratación clandestina es ampliamente tolerada por las autoridades en materia laboral, a pesar de las declaraciones políticas en otro sentido. Pero en otras circunstancias se trata, ciertamente, de un enfrentamiento de intereses entre los pequeños empresarios que no pueden prescindir del margen mayor de explotación que

posibilita la contratación de extranjeros y el gran capital cuya estrategia se mueve a otros niveles (automatización, conflictividad global, inversiones en otros países...) (Cardelús 1979).

No obstante, la crisis ha supuesto un alto en las fuertes entradas de inmigrantes potencialmente activos, aunque no se notó hasta 2009, y en 2010 ha empezado a revertir (Oliver Alonso 2011). Este aspecto influye directamente en el empeoramiento de las condiciones laborales asociadas a unas posibilidades de encontrar un puesto de trabajo disminuidas respecto a las que había en años anteriores.

C: "La explotación es tanto por los españoles como de los propios ecuatorianos, que se aprovechan de gente que no tiene papeles. Tienen para comida y poco más. Los ecuatorianos también. Yo trabajaba antes en una peluquería y había una chica ecuatoriana; y ni la gente española me ha tratado así. De verdad que nosotros tenemos que perdonar, se gente sencilla, cristiana. Si, yo he perdonado bastante. Ya no los miro con eso de antes [...] Nadie me ayuda, ni un fin de semana, ni un domingo". (CI-2)

I: "¿Piensas que las oportunidades son las mismas para los inmigrantes que para los que viven aquí?"

C: "No...Para mí que no es igual. Yo he visto a muchas personas que tienen papeles y todo y no les sirve de nada. Yo tengo amigas que han venido hace mucho tiempo, 2 ó 3 años y están sin trabajo, y tienen papeles y todo. Lo único es que se pagan la seguridad social. Aquí no se beneficia al inmigrante." (CI-7)

C: "Son arranques que uno tiene, pero se pasan porque pienso, .."Necesito mi sueldo, necesito mi sueldo, necesito mandar dinero a mi casa y agachar la cabeza.." y uno sigue...[...] Tenemos más oportunidades de trabajo. Yo allá, a esta edad que tengo, en mi país ya no encuentro trabajo. Pero aquí sí; todavía estamos fuertes, podemos trabajar, podemos hacer cosas. [...]Y yo busqué interna, justamente porque no tenía para comer, no tenía una pieza donde quedarme, por comodidad mía y porque sabía que podía tener ese ingreso ahí [...]Yo estoy trabajando siete meses con esta señora; entré en el mes de Mayo, y como te digo estoy interna. ¿Tú conoces algo de la ley de trabajo? ¿Tú sabes qué días festivos me tocan? ¿Tú sabes si yo tengo vacaciones? ¿Tú sabes qué me corresponde durante el año de trabajo?...a mí no me dan nada...¿Y el salario? Yo gano 700 euros mensualmente, pero aparte del sueldo no sé si tengo otros beneficios; ¿yo tengo pagas extras o aguinaldo? No me dan nada". (CI-11)

C: "Al principio fue terrible, porque a la señora le habían pasado muchas cosas, también le habían robado, me perseguía allá donde yo iba, me insultaba y total, que yo le pedí mucho a Dios que me ayudara y aguanté 6 meses.(CI-13)

C: "Entonces yo digo, mira, gracias a Dios que desde que llegué aquí, empecé a trabajar con una señora mayor, me empezaron a salir las cosas bien. [...] Yo tengo una amiga que vino; cuidaba a un enfermo, y como ganaba 500 euros, dejó de pagar la Seguridad Social. Y cuando metió los papeles quedó otra vez ilegal, porque no había pagado a la Seguridad Social. Y a veces, uno mismo, los inmigrantes, dañamos los trabajos. Yo, cuando vine aquí, ganaba 120.000 pesetas, unos 700 euros, una interna, y libraba los sábados desde las dos de la tarde hasta el domingo a las 10-11 de la mañana. Ahora nada más dan el domingo por la mañana de libre, y ya te tienes que presentar otra vez, porque no te valoran tu trabajo, porque ya te digo, yo no tengo que hablar de estas chicas, porque solamente la inmigración no ha perjudicado a las españolas. Yo con la señora esta que está enferma me voy 5 horas cada día, y me dan sólo 400 euros; es que es mucho lo que le hago...pero es que otras están peor, porque por 8 horas al día están pagando 500 euros. Tú sabes que esto es como cuando hay mucha cosecha, se abaratan los precios. Así estamos ahora mismo, y cada día es peor. Si tú miras en un periódico latino, cada día entran 400 personas de Bolivia". (CI-15)

I: "¿Qué ocurre cuando usted enferma? C: Aguantar". (CI-19)

C: " No es tan fácil porque como uno no tiene papeles no le quieren dar ni trabajo[...]Estuve 7 meses y ya no aguantaba más porque mucho trabajaba y muy poco pagaba. Entonces yo le dije a ella que me había salido un trabajo que me pagaban un poquito más y pensaba que iba a trabajar menos. Eso fue lo que me hizo venirme para acá que trabajaba mucho y ganaba poco, y nunca me quisieron aumentar ellos, entonces yo les dije que no que me había salido algo mejor. [...] Ahora mismo tengo algo de estabilidad" .(CI-26)

I: "¿Cómo ves la situación de las mujeres que vienen de allí, de Latinoamérica, a aquí?.

C: Muy bien, hay muchas posibilidades para trabajar. Los comienzos para empezar a trabajar, a todos, creo yo, de los que hemos venido, o al menos en mi caso, han sido muy muy duros. Como le cuento, todo requiere de esfuerzo, de fortaleza" (CI-4)

C: " Pues para la mujer inmigrante está un poco más difícil que antes. Antes podías trabajar bien; había mucho trabajo. Pero ahora ya no, hay poco trabajo. Pero claro, con la multitud de inmigrantes que hay, ya no es como antes, que podías llegar y trabajar. Ahora la gente lo escoge; ésta me gusta y ésta no me gusta. Hacen 2 y hasta 10 entrevistas y la que le cae bien se queda y la que no, se va". (CI-7)

C: "Depende de la situación que están viviendo porque no todos tenemos los mismos problemas, las mismas necesidades, es diferente". (CI-12)

I: ¿Os reconocen vuestro trabajo?

C6: Ahora sí, pero antes, cuando trabajaba con niños, no. Con lo mucho que yo trabajaba con el niño, al final, a la señora todo le parecía poco, no le parecía bastante.

C5: Yo he tenido unos abuelos muy reconocidos siempre. A veces, en verano, me llevaban con

ellos a la playa, y aunque me habían contratado para atender a dos personas, al final eran 7, pero bueno...después de unos días ya me acostumbré. Les dije que yo así no me quedaba, y entonces me dijeron que cobraría más. Pues hala, a trabajar más..Pero son muy agradables.

C6: A mí no me dijeron nunca de cobrar más. Yo tenía 21 personas y me pagaban 480 euros, para que lo sepas....(CI-5,6)

C: " No...Yo el otro día sentía tanta indignación...porque bueno, uno recibe humillaciones, como en todos lados. [...]¿Usted no sabe decir ni gracias ni por favor? Usted nunca dice gracias y ¡no tiene educación! Nunca pide nada por favor..¿Usted piensa que la vida es así? Pero yo estaba tan enojada que me salí de allí, porque me sentí ofendida, me dolió y me ofendió tanto. ¡Aquí está su aguja! ¡Aquí está! ¡Yo no me llevé esa aguja!. Esa cosa que pasan diez minutos y ya, ya...ya pasó el malestar y se acabó la historia. Usted no sabe reconocer nada, no tiene la educación de pedir las cosas por favor y aparte, que, a veces, uno se esmera en hacer un almuerzo, o haciendo una cosa que bueno, debería darle satisfacción...ella no sabe decir nunca que está bien hecho; para ella siempre la comida está mal. Así que, en mí no hay tanta voluntad en hacer más...total, se queda como ella quiere...Son arranques que uno tiene, pero se pasan porque pienso, ..Necesito mi sueldo, necesito mi sueldo, necesito mandar dinero a mi casa y agachar la cabeza.. Y uno sigue". (CI-11)

Según Martínez Veiga, en un estudio realizado en 1997 con inmigrantes procedentes de diversos países, las mujeres dominicanas no solían identificar su profesión en España con el servicio doméstico, existiendo un cierto rechazo hacia el tipo de trabajo que llevan a cabo (Martínez Veiga 1997). Resulta muy interesante este dato, ya que muchas ideologías al uso suelen identificar el trabajo doméstico como una prolongación del trabajo como madre dentro de una familia, existiendo un completo contraste entre ambos posicionamientos.

Siempre se ha vivenciado la experiencia de ser trabajadora del servicio doméstico como algo no esencialmente laboral, sumergido y como un estigma social, ya que existe toda una construcción ideológica que actúa para ocultar el déficit salarial y el exceso de horas de trabajo.

Se trata de ocupaciones con fuertes connotaciones de servilismo, consideradas poco productivas y de escasa relevancia, atribuidas al género femenino a consecuencia del imaginario colectivo patriarcal. Estos estereotipos y prejuicios como parte del sistema de creencias dominante, refuerzan todavía más la discriminación de la mujer inmigrante en el mercado de trabajo y la convierten en candidata idónea para desempeñar los trabajos vinculados a la reproducción social por su "docilidad", "paciencia" y "subordinación" (Solé 2001).

De alguna manera, esta ausencia de regulación laboral preservaba ese carácter privado del entorno doméstico, perpetuándolo aún más en el tiempo. Si tenemos en cuenta que han transcurrido poco más de cincuenta años desde que se diera el paso al reconocimiento laboral a nivel doméstico, nos damos cuenta de lo absolutamente ligero que es el peso específico de la ley al respecto (no se cumple) y lo amplia que es la trayectoria histórica donde ha existido esta actividad.

Los significados culturales que tiene el trabajo en el entorno doméstico y las condiciones económicas y sociales en las que se produce hacen que sea vivido de forma diferencial por las mujeres inmigrantes, en función de aspectos como la edad, estado civil, ideología, posición social en su país de origen, formación académica, expectativas, etc..El significado dado por las mujeres puede ir desde el mayor valor por el reconocimiento en términos monetarios, manifestado en expresiones tales como *“me pagan por hacer lo mismo que en mi país”*, hasta el señalamiento de las condiciones de explotación y subordinación en las que muchas veces tiene lugar (Gregorio Gil 2000).

6.3.3 Cualificación

Esta limitación del mercado laboral del inmigrante refleja un marcadísimo proceso de descualificación profesional en tanto que los perfiles formativos y profesionales de las personas que llegan a nuestro país suelen ser muy diversos, con cualificaciones de todos los niveles. Si analizamos este fenómeno, acabamos observando que a la hora de la inserción laboral de un inmigrante, al menos mientras tenga una situación no regularizada, la preparación y formación no es tenida en cuenta sea cual fuere, estando predestinados al servicio doméstico o agricultura (añadiendo el agravante del hecho de que dedicarse al servicio doméstico no suele ser considerado como una profesión).

Este desaprovechamiento de la preparación profesional de los inmigrantes viene, a su vez, influenciado por la escasez de trabajos cualificados frente a los no cualificados. Aunque pueda pensarse que se desperdicia cierto potencial profesional, se reconduce esa fuerza de trabajo a los sectores básicos donde se necesita más personal y que, en última instancia, han acabado dependiendo de los flujos migratorios para su funcionamiento.

C: “Mi hijo, estudió fisioterapia. Aquí no puede ejercer. Está trabajando como mozo en un almacén, pero no tiene papeles. Entonces, lo que están haciendo ahora es justamente, conseguir los papeles para casarse con la muchacha española. Ha ido a Madrid ahora para eso, y poder adquirir la nacionalidad, y poder optar a un trabajo mejor. Es cuando se le pueden iniciar los trámites de reconocimiento de la titulación universitaria. Incluso lo hemos intentado acá. Le digo, “hijo, estudia algo; estudia mecánica o electricidad o lo que sea..Algo que te pueda servir. Tú te vas a quedar acá y necesitas trabajar”. Si quieres ser zapatero aunque sea, los papeles los necesitas para ser zapatero. Empezó a averiguar en universidades, a buscar cursos, a buscar en

internet, y me dice "mamá, no puedo entrar". Incluso no puedo optar ni a hacer el curso de Bachillerato, aunque yo ya soy Bachiller y soy universitario; no puedo optar aquí tampoco a eso. Necesita su permiso. En mi país, Fisioterapia es un título de 5 años, es un doctor; alguien que estudió Medicina y que sabe mucho. Pero aquí, no. Aquí es menos tiempo y a lo sumo se van a ocupar de atender a enfermos o personas mayores, nada más. [...]Ustedes saben que están en su país; saben que tienen todas las ventajas que tienen acá. Entonces nosotros tenemos que doblegarnos y respetar las normas que ustedes tienen y apegarnos a lo que ustedes nos dan. Si ustedes nos dan una caridad, pues la recibimos, porque sabemos que la necesitamos. Pero tampoco podemos exigir más de aquello a lo que podríamos optar.". (CI-11)

C: " No lo veo muy claro esto. Nosotros siempre vamos al campo. Mi hermana es licenciada en Ecuador y aquí trabaja en casas o en el campo". (CI-18)

La evidente desproporción entre el nivel de formación con el que muchas mujeres inmigrantes acceden al mercado laboral y la actividad a la que optan, propicia cierta frustración ante las escasas alternativas laborales y deseos de realizar tareas más acordes con su preparación y experiencia; este problema tiene difícil solución, y a pesar de ello, demuestran gran iniciativa a la hora de obtener soluciones intermedias en el plano de la integración laboral, en mayor medida incluso que muchas otras españolas (Escrivá 2005).

Para poder paliar esta situación, cabe pensar en medidas que aporten posibles soluciones, pero nos encontramos que existe una gran dificultad en el acceso por parte de inmigrantes a programas públicos de formación, con consecuencias importantes a muchos niveles. La primera consecuencia es de carácter coyuntural, siendo la prolongación por encima de la media del periodo de estancia en situación de desempleo. Si las condiciones no cambian, una gran masa de trabajadores extranjeros estará condenada a un mercado laboral que exige poca cualificación y no ofrece posibilidades de progreso.

Según los estudios de Escrivá sobre inmigración de mujeres peruanas en el sur de Europa, la mayoría presenta grandes dificultades para abandonar su actividad laboral en el sector del servicio doméstico y cuidado de ancianos para conseguir otros más cualificados o en otras áreas de actividad (Escrivá 2000). Al menos tres cuartas partes de las entrevistadas por Escrivá se empleaban en el mencionado sector, a pesar de no haber ejercido esos puestos anteriormente y considerarlos inferiores a su posición social y experiencias profesionales. Al igual que en nuestra investigación, ellas deseaban y se sentían capacitadas por su cualificación y experiencia profesional para realizar otros trabajos que gozaban de una mayor consideración social y que, por tanto, estaban mejor recompensados (Escrivá 2005).

Centrándonos en el caso de la mujer, social e históricamente, se ha concebido de manera implícita que las mujeres estaban predestinadas a trabajar como "enfermeras y

cuidadoras”, debido a la presunción de ciertas aptitudes solícitas y maternas, reflejando, una vez más, la falta de percepción social de la cualificación profesional relacionada con el cuidado.

En este sentido coincidimos con en el estudio de Tamagno sobre peruanas en Italia, donde circula la imagen estereotipada de ser mujeres más dulces y cuidadosas con las personas mayores que las autóctonas, imagen que ellas mismas suelen recurrir y explotar en la búsqueda de ese primer empleo (Tamagno 2001). Así, se establece una dualidad entre la docilidad y la cualificación, vertientes totalmente diferentes, incluso opuestas, que polarizan los requisitos profesionales que deberían valorarse quizá en conjunto a la hora de obtener un trabajo, y no de forma autoexcluyentes.

Añadido a los rasgos de carácter que acabamos de señalar, Escrivá, también considera que aspectos como las afinidades lingüísticas, religiosas, culturales y étnicos se convierten en verdaderos motores explicativos de las diferencias que presentan los extranjeros en cuanto a sus trayectorias laborales, derivando en la primacía de aspectos como la afinidad frente a la cualificación (Escrivá 2005).

Así, la inmigración ayuda a producir y reproducir el prototipo social de mujer procedente de países menos desarrollados, con carácter dócil y dedicada al hogar (ajeno en este caso..). Dicho estereotipo no favorece la movilidad social de la mujer inmigrante desde este sector laboral a otros, de manera que en el caso de la mujer, transcurre un período de tiempo mucho más largo que en el caso masculino hasta que ésta abandona el sector doméstico para optar a otros puestos de trabajo más reconocidos socialmente. Evidentemente, en este proceso interfieren también otros muchos factores, tales como la legalidad, la situación del mercado laboral o la red social de apoyo.

6.3.4 Roles de la cuidadora inmigrante

Otro aspecto destacable de los problemas que plantea la integración laboral de los inmigrantes es el que deriva del cambio de rol que pasa a desempeñar la mujer dentro de la familia.

En la actualidad, las trabajadoras domésticas se ocupan de asumir el rol de la mujer, que hasta ahora solía dedicarse al trabajo doméstico y amas de casa. Las mujeres ahora priorizan la actividad laboral fuera de casa sobre la actividad doméstica. Así, se está dando el fenómeno de llegar a *“sustituir”* a la mujer en el entorno familiar.

C: “Yo creo que aquí la sociedad, yo veo que la gente evoluciona bien, y trata de cambiar un poco. Contribuirá a cambiarlo todo. La mujer lucha bastante por la igualdad de género, y nosotros trabajamos. Entonces para que la mujer vaya viendo el papel que le corresponde y vaya tratando de buscar su puestito.. No se lo van a dar si uno no lo trabaja; no se lo van a dar”. (CI-2)

C6 :*"Pero la sociedad se nos echa a la espalda. Yo veo muy bien el trabajo si dejamos a la familia. No tengo vacaciones. En el mes del verano, pues vale que si no me pagan, no trabaje, pero es que en ese mes la familia no sabe cómo cuidarlo."* (CI-5-6)

C: *"Yo estoy de acuerdo en que la gente tenga que trabajar, y nosotras, las inmigrantes se lo estamos facilitando a vosotras, las españolas. Pero no estoy de acuerdo en que tengamos que trabajar igual, porque entonces os perjudicamos a vosotras. Ahora el español no va al campo, ¿y antes por qué iba? A un empresario le conviene más tener a un inmigrante que le paga menos, y así se ahorra más dinero. Antes en España, las mujeres no debían estudiar, porque yo he visto en el diploma ese que tenía colgado el médico con el que trabajaba, que se graduaron 150, y sólo había 35 mujeres.. C: "Ahora el español no va al campo, ¿y antes por qué iba? A un empresario le conviene más tener a un inmigrante que le paga menos, y así se ahorra más dinero".(CI-15)*

No obstante, una de las características comunes a estos nuevos perfiles laborales del entorno doméstico es que reproducen la idea de servidumbre encerrada en dicho trabajo, agudizando más el fenómeno de la descualificación profesional y fomentando la idea de la movilidad laboral a raíz de estas ocupaciones.

El trabajo que desempeñan las cuidadoras inmigrantes no suele estar formalizado a través de un contrato de trabajo debido a la condición de irregularidad de la mayoría de ellas. Así, esta realidad escapa a la influencia de la crisis económica, manifestada, entre otros parámetros, a través de un aumento en las tasas de paro, ya que éstas no reflejan el mayor o menor grado de contratación a nivel doméstico como cuidadoras informales.

6.3.5 Reconocimiento social del trabajo

C:*"Decía, Ana, no le haga caso, ella está enferma, yo no quiero que usted se vaya de la casa, yo estoy muy a gusto con usted, yo le quiero muchísimo, no le haga caso. Ella tiene una enfermedad que a lo mejor usted no conoce y está muy grave, muy enferma, que muchas veces ha intentado suicidarse, y cosas así.*

I:*¿Te sientes recompensada, te reconoce la familia tu trabajo bien hecho?*

C: *Yo creo que sí, porque cuando he necesitado de ellos, por ejemplo, cuando tuve un problema con mis papeles, ellos me ayudaron y lo solucionaron. Dios primeramente y luego ellos me ayudaron muchísimo, con el del banco también...sí, sí...yo pienso que sí, que sí me he sentido reconocida y recompensada". (CI-4)*

C: *Para mí nunca fue difícil; la señora estaba muy mal ya. Lo hice lo mejor que pude. Nunca me dijeron nada. No me dijeron nunca que estaban contentos ni para que yo me sintiera contenta por lo que hacía.*

I: ¿Te llegaron a recompensar o a reconocer tu trabajo?

C: No. Quizá con confianza porque me dejaban dentro de la casa y todo disponible, pero no por lo demás". (CI-7)

C: " Sí...estoy bien por aquí (señala la huerta). A veces lo que te reprime es ah, la gente como es...pero estoy por lo que estoy aquí. Pero gracias a Dios, la gente con la que he trabajado, en los sitios que he estado, me han tratado bien; bastante. Es gratificante. Estoy con mi hija, trabajo y aunque no es mucho lo que gano, estoy con mi hija las 24 horas al día, no tengo que dejarla ni pagar una guardería, y también está aquí mi marido para vernos por las noches. Para mí, creo que me beneficia bastante. Yo, cuando me ví sin trabajo al fallecer el abuelo que yo estaba cuidando, lo pasé mal, porque estaba buscando trabajo y me pagaban una miseria, una tontería, y no me permitían llevarme a la niña. Y encima, hay gente que te dice las cosas de una manera, porque eres inmigrante...[...] Si tu necesitas a alguien para que se quede con tu madre porque tienes muy poquito tiempo, y tú le pagas a alguien para que se quede, por lo menos, si tienes un ratito, te acercas a ver a tu madre y te tomas un café con ella o un vaso de agua, y la ves. Yo aquí no he visto esa clase de personas. Aquí, contratas al cuidador y ya está. En el primer trabajo que estuve, ese señor, todas las tardes iba a visitar a su padre; salía del trabajo y se iba a visitar a su padre antes de irse a su casa. Y yo, de todas las personas que he conocido, es la primera persona que he visto que era así con su padre. Me alegraba porque el abuelo se sentía solo. Bueno, no es lo mismo porque me tenía a mí, pero, por ejemplo, una noche dijo que no podía ir, y me llamaba, cómo estaba la cosa, cómo estaba la situación pero el abuelo lo extrañaba, y yo le contaba. Le decía que me había llamado pero que estaba liado de trabajo. Ellos sienten, notan que...ellos necesitan cariño. No se necesita que haya una enfermedad para que se esté pendiente. No lo veo bien. Yo pienso mucho en eso" (CI-9)

El hecho de que los salarios reales de los trabajadores hayan aumentado considerablemente, encarece los usos alternativos del tiempo. Por este motivo, se tiende a asignar más tiempo al trabajo remunerado y menos al trabajo dentro del hogar. No obstante, la incorporación de la mujer al mundo laboral no conlleva un abandono de la responsabilidad familiar. Ahora son otras mujeres las que continúan realizando esta actividad, de modo que se ha instaurado, a modo de norma tácita, que toda mujer que quiera trabajar tiene como responsabilidad individual resolver previamente la organización familiar (Durán 2007).

I: " ¿Crees que tu trabajo tiene estabilidad? ¿cuántas horas dedicas al día?

C: Sí, bueno, como vivo allí, es casi todo el día. Pero bueno, estoy con mi hija. La persona mayor ensucia poco la casa, porque está en la cama. Lo importante es que esté bien atendida, aseo, comida, y ya nos sentamos para que salga de la rutina, hablar, darle cariño. Eso es más importante que realmente por lo que me pagan a mí. Eso me recompensa lo que yo hago. Que esté bien, que se trate como persona, como me gustaría a mí que me trataran cuando sea viejita,

que no sé si estaré aquí o quién me cuidará, y ya el demás tiempo es para mi hija y mi marido, que tengo bastante tiempo. Como la abuela está sentada, pues yo estoy mientras tanto bañando a mi hija, preparando la cena...es un trabajo que me da muchas satisfacciones.” (CI-2)

C” Empecé primero trabajando por las mañanas; luego iba a dormir con una señora mayor por las noches, y así, ya entre la mañana y la noche me compensaba lo que mi marido no trabajaba[...]. La primera vez que cuidé fueron 5 horas, que sobre todo era casi más de acompañante que de otra cosa, íbamos a desayunar, le llevaba de paseo...Luego trabajaba con otra señora mayor, que era, para acompañarla por la noche, y era, toda la noche, desde las 5 de la tarde hasta las 9 de la mañana del otro día”. (CI-3)

Así, según Martínez Riera, se centra el interés social en la producción capitalista, mientras que el sentimiento de la vida humana es desplazado al ámbito doméstico, como una responsabilidad femenina y sus efectos han de ser asumidos por las propias mujeres. La devaluación genérica de las tareas domésticas y de cuidado tienden a perpetuar su segregación y relegación ocupacional (Martínez Riera 2003).

Según fuentes del Instituto Nacional de Estadística (INE) utilizadas por el IMSERSO, a partir de 1998, el aumento del número de mujeres latinoamericanas en España ha seguido un ritmo exponencial. A partir del año 2000 se observa un segundo cambio. La ocupación de las mujeres de la Europa extracomunitaria en el sector servicios también aumenta exponencialmente. Las series mensuales de permisos de trabajo no reflejan una tendencia de ritmo gradual; los picos registrados con las regularizaciones de los años 2000 y 2001 dificultan el trazo de tendencias. A pesar de ello, sobresale con fuerza el mayor ritmo de crecimiento de los permisos para los hombres de 25 a 54 años, comparado con el de las mujeres de las mismas edades. A menor edad, la concesión de permisos también es mayor para los hombres. En cuanto a la distribución geográfica, las proporciones más bajas de permisos de trabajo se observan en Murcia y La Rioja. No obstante, analizando la evolución general de permisos concedidos a mujeres inmigrantes, frente a porcentajes de permisos concedidos para empleos domésticos y limpieza de interior de edificios, se desprende que la colocación en este sector ha sido clave para la integración de las mujeres extranjeras en el mercado laboral español en tanto que, desde 1994 ambas proporciones de ocupación son prácticamente idénticas (IMSERSO 2005).

Se ha configurado una idea del servicio doméstico donde toda la actividad se etiqueta como “doméstica” cuando realmente se esconde la labor del cuidado y la asunción de diversos y fundamentales roles dentro de familias, completamente desconocidas para ellas. Así, una mujer inmigrante que viene a España sabe de antemano que la mayor parte de las posibilidades de inserción laboral se asocian al desempeño de labores de cuidadora y asistente doméstica.

Este tipo de trabajo es una de las pocas opciones abiertas a las mujeres inmigrantes por tratarse de un trabajo oculto, no regulado en la mayoría de casos, mal remunerado (en muchos casos por debajo del salario mínimo interprofesional) y con frecuencia realizado bajo unas condiciones laborales de gran precariedad.

El hecho de que el cuidado y la atención a la familia no se consideren como “*mercados*”, dificulta la creación de puestos de trabajo regulados y a su vez, aumenta el número de inmigrantes clandestinas que sienten, en gran medida, la desigualdad social ante la inseguridad laboral y temporalidad del ingreso, lo que causa la tendencia a la feminización de la pobreza y de la escasa respuesta gubernamental al problema de la prestación de cuidados (Martínez Riera 2003).

Podría pensarse que el trabajo doméstico, al ser una labor que de base no da muchas opciones a ofrecer nuevos enfoques o diferentes perspectivas, debido a una larga trayectoria donde el servicio doméstico ha sido degradado, mal considerado, poco reconocido a nivel económico, donde en muchos casos las horas de vida personal desaparecen para pasar a vivir trabajando únicamente. Pero no es así. Se empiezan a dar circunstancias donde las respuestas activas, alternativas, complementarias se mezclan con una asunción de roles propios de otros miembros familiares, dando lugar a un amplio abanico de situaciones nuevas en los entornos domésticos, de gran interés, desde múltiples puntos de vista, donde despunta de nuevo el marcado carácter matrilineal de los procesos migratorios.

Dicho carácter y la influencia femenina en los flujos migratorios le otorga a la mujer una mayor oportunidad de contacto con la sociedad receptora y posibilidades de convertirse en un agente privilegiado de integración. La adaptación cultural de la mujer tiene un papel esencial para lograr que toda la familia se adapte al nuevo entorno sociocultural en tanto que son educadoras de los hijos, transmisoras de los valores en la familia y de la cultura de origen, paliativas o mediadoras en situaciones complejas o de conflicto (Gregorio Gil 2002). De este planteamiento se desprende una clara responsabilidad de la mujer en cuanto a la integración de los grupos familiares inmigrados, así como su potencial a nivel transmisor de cultura, mestizaje y cambio cultural asociado a los lugares donde principalmente vive y se desarrolla, refiriéndonos a los entornos domésticos de trabajo.

Si dirigimos la mirada hacia los años 50 y 60, podemos recordar que el fenómeno migratorio se encargaba de proporcionar la fuerza de trabajo para los entornos domésticos, igual que ahora, salvo que en aquella época lo que se generó fue un auténtico éxodo desde los entornos rurales hacia las urbes. El esquema simplemente se reproduce, a escala internacional y a nivel “*macro*”.

Finalmente, lanzamos una última reflexión respecto al fenómeno de aparición de la mujer inmigrante como cuidadora informal. Ante la insuficiencia de la respuesta pública,

materializada a través de una insuficiente Ley de autonomía personal o de atención a personas en situación de dependencia, deficiente en compromiso y en gasto público, cada vez más mujeres con cierto nivel de renta, traspasan parte de su trabajo doméstico a mujeres inmigrantes, con lo que el problema no sólo se soluciona a través de iniciativas privadas e individuales, sino que adquiere una progresiva y mayor dimensión, de forma que se podría decir que se está generalizando y extendiendo tanto la solución al problema del cuidado informal y la atención doméstica, como la explotación laboral de la mujer.

Situados en este punto de la reflexión, es inevitable pensar que la situación de la mujer inmigrante en nuestro país favorece el desarrollo del fenómeno de la feminización de la pobreza. Siguiendo a Monreal, dimensiones como el género, el grupo étnico y la clase social se fusionan en un mismo estigma, tal y como hemos analizado al principio del apartado (Monreal 1996). Este hecho genera la etnoestratificación laboral y a su vez, un nuevo perfil de pobreza asociado no sólo a las mujeres, sino a las familias encabezadas por éstas.

En esta situación de ineficiencia por parte de la administración pública, existen grandes ventajas económicas de las que se benefician tanto los empleadores, que recurren a este tipo de “*mano de obra*”, como los poderes públicos que se ahorran los gastos que supondría mantener un estado de bienestar que asumiese los costes de reproducción. Evidentemente, todos los estratos sociales se benefician de la presencia de inmigrantes en nuestro entorno, sobre todo cuando continúan siendo ilegales.

6.4 INMIGRACIÓN Y CAMBIO SOCIAL

“La acogida debida al extranjero no es expresión de una raíz común; no es natural, por el contrario, es consecuencia, precisamente, de la separación, de la alteridad, de la errancia o el peregrinaje consustancial al hombre”

E. Levinas.

El fenómeno migratorio supone un motor de cambio social fundamental en nuestro entorno actual. El proceso que supone como hecho social total, podemos identificar algunos de los síntomas que revelan cierta desorganización social en el colectivo de inmigrantes, tales como déficit de integración social, desestructuración familiar, marginalidad, inestabilidad y dificultades económicas, etc...que abordamos a continuación.

6.4.1. Integración social

La integración social por parte de los inmigrantes constituye uno de los factores que mayor poder de influencia poseen sobre el cambio social, y por ello, abordaremos algunos

aspectos clave que resultan imprescindibles para comprender dicho proceso, el cual, no puede ser concebido como un convenio entre inmigrantes y sociedad receptora, sino como el resultado de un proceso interactivo que supone cambios tanto en el que llega como en la propia sociedad de acogida; de ahí su importancia. Tenemos interiorizado que este hecho supone transformaciones en la vida del inmigrante, pero realmente la sociedad receptora no se plantea el cambio que implica la integración social de aquéllos. Pero la realidad que nos encontramos muestra que la integración social no se está concibiendo en este doble sentido.

El concepto de integración relacionado con la inmigración apareció en los entornos académicos a partir de los años 70, siendo objeto de muy dispares interpretaciones a partir de ese momento (Bauböck 1994). En general, cuando hablamos de integración nos referimos a una participación de miembros de un grupo social a la sociedad en diversos planos, tales como el social, económico y político.

Según Carbajal, la integración alude al *“proceso sociocultural interactivo fundado sobre la interdependencia, la confrontación, el intercambio y la igualdad”*. La integración pone énfasis en una relación dinámica entre el inmigrante y la sociedad de recepción, suponiendo el reconocimiento de valores de cada grupo, así como la puesta en marcha de condiciones para el enriquecimiento mutuo (Carbajal Mendoza 2001).

Blanco hace un amplio repaso a todos los aspectos a los que alude el término integración, con un abordaje holístico del mismo y con bastante idealismo implícito; así, concibe la incorporación de los inmigrantes a una sociedad que tenga como resultado una estratificación social que no esté basada en el origen, etnia o religión de las poblaciones integrantes, culminando el proceso con un sentimiento de pertenencia a la comunidad de que se trate (Blanco 1993). Según estos planteamientos, se hablará de integración cuando los grupos de inmigrantes se incorporen a la estructura de la sociedad de acogida de forma igualitaria a la población autóctona, y ambos desarrollen sentimientos de solidaridad suficientes como para reconocerse y ser reconocidos como miembros de la sociedad en la que conviven, aspectos que no se han evidenciado en nuestra investigación y que abordaremos en este apartado.

Nos basamos en un planteamiento según el cual, expulsión y absorción son fenómenos que se superponen; así, cuando un individuo partiendo de una situación problemática y deficitaria en recursos se traslada, su instalación en el nuevo punto tiene el mismo carácter de precariedad que la situación anterior. Por tanto, el primer aspecto que destacamos en este fenómeno bidireccional es la discriminación social a la cual se ve sometido el inmigrante, siendo la misma que afecta al obrero en muchos casos.

Los obreros son considerados ciudadanos de categoría inferior por las demás clases sociales, pero en países definidos como civilizados, libres, donde todo hombre tiene

teóricamente la misma dignidad, es difícil admitir la diferenciación explícita hacia el obrero. Si nos detenemos en la cuestión del sector obrero, llegamos a la conclusión de que las condiciones de vida de los inmigrantes no difieren en esencia a las propias de la clase obrera, a excepción de la característica de la pertenencia.

En este aspecto coincidimos con Cardelús, quien considera que la integración no es fundamentalmente una cuestión de adecuación por parte de los migrantes a la trama de relaciones sociales de una zona, sino de progresiva adecuación de todas las clases a las relaciones sociales dominantes en una formación social (Cardelús, J 1979). Al reducir la aplicación del concepto integración a los inmigrantes de clase obrera, se plantea la correlación migrante-integración, cuando habría que establecer más bien la relación entre estructura de clases e integración.

En el contexto del inmigrante se imbrica un entramado social del cual resulta difícil salir y por tanto, a su vez también dificulta el proceso de integración social al cual aludimos en este apartado ya que las limitaciones económicas también afectan, disminuyendo la participación social, la realización de actividades de ocio y tiempo libre, así como el uso/participación en eventos sociales y públicos. Cabe destacar que las condiciones laborales también afectan bastante a estos aspectos en tanto que apenas dejan disponibilidad de tiempo para esta finalidad, elemento que, se une a las limitaciones económicas, alcanzando ambos la vida pública del inmigrante y por tanto, a posibles vías que favorezcan la integración social.

En cuanto a la integración del inmigrante, Checa considera que la población española se decanta más por *“una política común hacia las personas y familias desfavorecidas”* en su conjunto que por diseños propios para inmigrantes. Sin embargo, esto pone de manifiesto, una vez más, que la visión que se asocia al inmigrante económico es la de un colectivo pobre y excluido socialmente. Las opiniones referidas a su influencia en el paro y la economía española son equitativamente tanto positivas como negativas. Para los españoles, los inmigrantes *“no generan ninguna riqueza”*; según los estudios de Checa, sólo una minoría piensa que la presencia de los inmigrantes es beneficiosa. Otra de las visiones negativas con las que cuenta la inmigración es la relacionada con el aumento de la delincuencia, aspecto que influye totalmente en contra frente a la integración, ya que los españoles aseguran mayoritariamente que *“desde que los inmigrantes se han asentado en España, la inseguridad ciudadana ha crecido considerablemente”* (Checa 2004). Este aspecto no se refleja apenas en los datos etnográficos obtenidos en esta investigación; sin embargo, basándose en otros argumentos, se desprende igualmente una percepción negativa y asociada a la marginalidad frente al proceso de integración.

La teoría de la marginalidad, el gueto en la Escuela de Chicago, o la teoría de las subclases, consideran que los marginados sociales son un grupo al que el hecho de vivir

en un determinado espacio en la ciudad y les confiere un estilo de vida concreto con ciertos rasgos sociales, económicos, políticos y culturales (Monreal 1996). En nuestra etnografía no se constata la correlación que establece la teoría de la marginalidad, coincidiendo con las críticas de Perlman y Castells a dicha teoría.

Según Perlman, la marginalidad es obviamente una cuestión de grado más que de absolutos, y es evidente que una persona puede ser marginal en algún sentido, o con respecto a ciertas esferas de la vida y ciertas instituciones, mientras está altamente integrada en otros (Perlman 1976). Según este planteamiento los marginados muestran un fuerte asociacionismo voluntario, estrechos lazos de amistad parentesco, confianza y ayuda mutua (como se observa al describir la red social de apoyo). Presentan adaptación al medio urbano, tienen conocimiento de las noticias locales y nacionales, desean trabajar, aspiran a obtener buenos puestos de trabajo (sobre todo pensando en el espacio extradoméstico), y están abiertos a la innovación. Los inmigrantes, aunque pueden ser considerados como un colectivo marginado, están integrados en el sistema económico, realizan los trabajos peor remunerados (como el de cuidadora informal), más inestables y de menor cualificación, pero no es correcto identificarlos con una posición de marginalidad de bajo nivel educativo (muchos de nuestros informantes tienen estudios universitarios), o asociarlo a la marginación económica en el sentido de ausencia de cultura del trabajo, a la apatía política o a la desestructuración de su red social.

C: " Yo he visto a muchas personas que tienen papeles y todo y no les sirve de nada. Yo tengo amigas que han venido hace mucho tiempo, 2 ó 3 años y están sin trabajo, y tienen papeles y todo. Lo único es que se pagan la seguridad social. Aquí no se beneficia al inmigrante. Este año, si Dios quiere, buscaré un contrato de trabajo y eso es lo que quiero hacer, para ver cómo puedo sacar mis papeles, que yo también lo necesito para poder ir a mi país, ir a ver a mis hijos y juntar un poco de dinero, por lo menos para ir a verlos". (CI-7)

En nuestra etnografía podemos hablar de cierta "integración laboral" del inmigrante en España como sociedad compleja avanzada, constituyendo un proceso positivo de inserción en el tejido económico que permita la posterior mejora o movilidad ocupacional ascendente de los mismos. Este aspecto concreto, no se corresponde con lo que hemos definido como proceso de integración en términos generales, ya que sólo alude al sector laboral y al plano económico, siendo ambos aspectos identificativos más de la marginación y segregación que de la integración social.

Castells también ha criticado el planteamiento teórico de la teoría de la marginación en términos absolutos, opinando que la ideología de la marginalidad funde y confunde en una sola dimensión las posiciones ocupadas por individuos y grupos en diferentes dimensiones de la estructura social: la estructura ocupacional, la estructura espacial, el sistema de estratificación del consumo individual, el proceso de consumo colectivo, la distribución de la renta, la estructura cultural, el sistema psicosocial del comportamiento

individual y la estructura de poder (Castells 1996). La teoría de la marginalidad no contempla esta enorme heterogeneidad entre la población inmigrante, la cual identificamos como marginada con que sólo se cumplan algunas de las características que propone. Así lo refleja nuestra etnografía, en tanto que sólo se cumplen algunas de las características, como la marginalidad laboral, tendencia a la guetización, precariedad económica, subalternidad en las relaciones de poder, déficit de integración social, etc..No siendo necesario que un inmigrante o comunidad de inmigrantes las cumpla todas para poder responder a la categoría de grupo marginado.

C: "La gente aquí lo tiene todo pero no se molesta en esforzarse. En cambio nosotros nos esforzamos mucho para conseguir un poquito de lo que ellos tienen. Yo creo que aquí la sociedad, yo veo que la gente evoluciona bien, y trata de cambiar un poco. La inmigración contribuirá a cambiarlo todo. La mujer lucha bastante por la igualdad de género, y nosotros trabajamos. [...]Y ella me pregunta pero yo le digo, es que aquí no te va a servir nada. Vas a tener que trabajar y el trabajo es difícil centrarse, es de los que nadie los quiere. Las cosas mejores se las dan a la gente de aquí. Yo no sé si estará bien, si estará mal, pero es así. Aquí tienes que trabajar y cuidar a tu familia, y poder...tú sola".(CI-2)

C: "Lo que en mi país no he pasado, lo he tenido que pasar aquí. Mucha gente piensa, no sé., en otra cosa, pero claro, nunca hemos hablado de esto; nadie sabe los comienzos nuestros cómo han sido. Mucha gente dice: a ustedes les gusta vivir mal, así, amontonados, pero no es eso. [...] No me voy a quejar porque gracias a Dios me han ayudado mucho en muchos sentidos en mi vida, a prosperar, a superarme de alguna manera, a ser diferente, un poco..."(CI-4)

Realmente, plantear la cuestión de la integración de la inmigración en el marco de la ilegalidad resulta ciertamente paradójico. Parece más pertinente hablar de marginación que de integración, aunque, como hemos visto en el apartado que alude a las cuestiones legales, la regularidad no se correlaciona con la integración. La marginalidad es una de las características del modo de vida del inmigrante, tendiendo a reproducirse de forma centrípeta, generando a su vez una producción social de ideas que subyacen en la población y fomentan tanto la desigualdad como los estereotipos. Se trata de un fenómeno que en origen es puramente social, que presenta consecuencias a muchos niveles o dimensiones de la vida, entre ellas el propio orden social es uno de los que se ve afectado negativamente; por tanto, sostenemos que la inmigración en nuestro entorno, se construye bajo formas de cambio social que para los inmigrantes no resulta beneficioso en términos generales o absolutos.

Como ya hemos comentado anteriormente en el apartado de la red social, ésta ejerce un papel fundamental en el proceso de adaptación e integración del inmigrante en el nuevo entorno. Mientras que al principio la red social cumple funciones que favorecen la

adaptación en la recepción, el mantenimiento de ésta y su circunscripción a determinados espacios sociales, puede acabar influyendo negativamente en el mismo, contribuyendo a la creación de categorías de grupos de inmigrantes y a la no integración de los mismos.

Se convierte en una estructura cerrada, de difícil acceso y apertura a la población española llegando a dificultar la integración social real del inmigrante en el nuevo contexto. No sólo se potencian las relaciones familiares y de paisanaje, sino que también se refuerzan lazos para con gente de otras nacionalidades, pero nunca españoles, o sólo en casos excepcionales.

C: "Hay gente de Marruecos, chinos, japoneses, la chica de al lado es colombiana, también de Brasil, y si necesitan algo mío, con mucho gusto me tendrán. El mejor hermano es el vecino que tienes cerca. Voy a la Iglesia Adventista de otros sitios los sábados, a veces a Cartagena, Elche...en vacaciones de verano, íbamos a la playa. Pero visitas, sí que tenemos todos los días. Aquí hay una señora que dice que nos reunimos unos 60 y se quedan. Hacemos reuniones aquí en la casa los sábados, de los hermanos de la Iglesia. El otro día los traje para acá. Todos son de muchos países, de todos los países nos reunimos aquí, a alabar a Dios, a cantar, celebramos cumpleaños. Las fiestas de cumpleaños son muy importantes porque aquí no acostumbran a celebrar mucho. Tenemos un amigo español que dice que cuando vio la celebración de cumpleaños que hacemos, que en España es él quien invita. Nosotros no; es bello cumplir años. Nosotros lo celebramos, cantamos y oramos; festejamos al que cumple años. Pasamos muy buen rato.

I: Cuando tiene usted un problema ¿a quién acude?

C: A mi hija. Pero también tengo una amiga de la Iglesia, y yo le cuento a ella. Me pasó esto o aquello..."(13-CI)

I: "¿Vas a sitios donde hay gente de otras nacionalidades o también gente española?

C: No, sólo con mi amiga que también es de allí "(14-CI)

I: "¿Tienes aquí relación con los vecinos, con la gente?

C: Sí, tenemos, un poco de relación con el vecindario, con otras señoras

I: Cuando tienes tiempo libre, ¿vas a sitios donde acude gente de otras nacionalidades?

C: Mayormente nos juntamos paisanos, entre nosotras" (25-CI)

I: "¿Vas a sitios donde hay gente de otras nacionalidades?

C: Sí, sí..." (27-CI)

En este contexto es donde surge el concepto de "transmigrante"; se trata de aquellos sujetos que pertenecen a unidades familiares localizadas en dos o más estados, que mantienen relaciones sociales y económicas, y que se encuentran insertos en comunidades tanto en su lugar de origen como en la de destino, están enraizados en más de una cultura

y viven su doble o triple pertenencia como una nueva forma de ciudadanía (Soriano Miras, R.M. 2008)

Los inmigrantes se consideran “*transmigrantes*” cuando desarrollan y mantienen relaciones múltiples (familiares, económicas, sociales, organizacionales, religiosas, políticas..) que van más allá de los límites fronterizos de cada país. Los transmigrantes establecen verdaderos flujos continuos de personas, recursos, bienes, servicios y dinero entre distintos lugares, estableciendo una especie de circuito bidireccional entre los países.

C: “Le escribí a una prima y me dijo que si no estaba trabajando que me viniera a trabajar aquí. Llamé a mi hermana y me dijo que no me preocupara y me pagó el viaje y todo. Se portó muy bien conmigo, ella vive aquí, está casada con un ecuatoriano. Ella y mi prima arrendaron una habitación[...]. Cuando faltaban 10 días para completar los 10 meses me echaron a la calle en el trabajo. Un día salgo y pasa este señor al parking y le digo: hola, buenos días, ¿usted es español?, y dice sí yo soy español. Hágame el favor de ayudarme a buscar trabajo, yo soy ecuatoriana, estoy recién llegada, ayúdeme a encontrar trabajo. Y me preguntó de dónde venía, si tenía mama, papá, todo, y dónde vivía. Y ya lo llevé a la casa y se la enseñé, y entonces me dice bueno vamos a empezar conmigo, que trabajes conmigo. Yo estoy sólo. Y entonces Dios me alumbró a mi y vine y caí con este señor y estoy muy bien, yo no me quejo de este señor. Mi hermana viene a verme todos los días, nosotros tenemos buena relación desde Ecuador mismo. Nosotros somos 10 hermanos, el uno estaba caído los otros lo ayudamos. Somos muy reunidos, porque mi padre nos enseñó a eso”. (18-CI)

Las redes migratorias permiten hoy día que el espeso entramado de relaciones que la constituyen diluya cada día más la separación entre país de origen y de destino, de forma que esa transnacionalización a la que aludimos nos está llevando a la globalización, fenómenos cuyo elemento catalizador común son las migraciones. Así, el análisis de redes migratorias no sólo sirve para estudiar los esquemas de relación y apoyo social sino los fenómenos de dispersión en la inmigración.

Resulta ser una paradoja el hecho de encontrar en muchas ocasiones una red transnacional de relaciones donde el parentesco se transnacionaliza pero no se dispersa.

Lejos de aumentar la dispersión de los miembros de la familia, la red de relaciones presenta una gran concentración, es decir, los miembros de las familias que emigran tienden a dirigirse a los mismos destinos. El resultado es que los lugares de origen y los asentamientos se juntan constituyendo “*campos sociales*” transnacionales (Martinez Veiga 1997).

C: “Uno de mis hermanos se va a venir pronto. Estamos en eso. Tengo también aquí un hermano, mi cuñada y a un tío.

I: *¿si necesitas algo, a quién se lo pides?*

C: *A mi familia" (CI-25)*

C: *"Era la condición de trabajar un poco y que se regresara. Era una idea..Uno allí, es tan ingenuo...ingenuo en el sentido de que se cree que aquí viene, trabaja, va a recoger el dinero así, tan rápido y se va a regresar a su país... Pero la realidad fue otra, porque bueno, me vine, dejé mis hijos con mis suegros. Los dejé ahí y dije, me voy y yo qué sé, en x tiempo me regreso y ya no vuelvo otra vez a España..Es que yo aquí parece que me he venido a despertar, porque ya he trabajado, sé lo que cuesta trabajar, lo que es ganar su dinero y aquí ya, ví la realidad. Yo allí, no había trabajado; estaba en mi casa con mis hijos, y ya está, nada; y yo aquí parece que me he despertado. ¿Y dónde estaba yo metida?. [...]: Por mi experiencia no, pero cada uno vive su propia experiencia. Habrá otra gente que le pasará, pero a mí, no. Eso es de momento, que más adelante, no sé. A veces, uno, como dicen, por mucho que se diga, a veces no se termina por pasar por todo lo que tiene que pasar. Si a lo mejor me encuentro con alguien que no sé, que sí que lo señalan..En mi caso, hasta este momento, no. La verdad es que yo sí que estoy agradecida con España porque a mí no me han tratado así, ni la gente, ni nada" (CI-3)*

La percepción que se desprende del trabajo de campo en general, tanto por parte de los cuidadores familiares como de los propios cuidadores inmigrantes, es de ausencia de integración social del inmigrado. Algunos fragmentos de las entrevistas realizadas a cuidadoras familiares así lo evidencian:

I: *"¿Ve usted que las personas que vienen de fuera se integrarán y serán un ciudadano español más ..?"*

C: *Sí, sí. Que no pierdan sus costumbres, lo veo muy bien, pero se tienen que integrar a lo nuestro. Si no, ¿para qué quieren estar aquí?".(CF-1)*

C: *Yo creo que no; ellos hacen mucho su vida independiente de los demás, sí. Porque las muchachas estas que han estado aquí, no tienen trato con personas de aquí. Siempre decían que iban a otros pueblos, a Totana, a Calasparra o no sé, a Lorca, a ver amigos o familiares que tienen de su mismo país. Pero las que han estado aquí, no. Sólo había una que tenía un amigo que era español, sí, pero así de tener trato y eso, no. Puede ser sí, que en el trabajo, que estén con otra muchacha, o habla con alguna, pero así de decir, voy a visitar a esta, o tengo esta amiga, realmente no". (CF-10)*

Este hecho se relaciona íntimamente con proceso de mayor arraigo dentro de los grupos domésticos donde trabajan, que influye positivamente y en gran medida en los cuidados informales.

C: *"Depende de la gente que encuentres, porque a mí me ha pasado que comía con ellos en la mesa, estaba con ellos como uno más de la familia. Luego tuve un abuelo que estaba en su casa con mis hijos, con mi madre...como si estuviera en la misma familia. Nadie me trataba como si*

fuera un ser del tercer mundo o no se qué..No; me trataban igual que uno suyo más de la familia. A lo mejor más, porque me iba a casa y se ponían a llorar y se pasaban el día hablando por teléfono conmigo, y yo ahí...o sea, he tenido suerte. Las personas que cuido son personas muy cultas, que han viajado mucho y saben muchos idiomas. Él ha sido militar toda la vida y son muy serios y así...a veces pensaba yo que a esta gente le habían dado un limón vacío para desayunar, y eso con el tiempo, pues me he ido acostumbrando. Aparte de que estoy muy cansada, pero muy a gusto [...] Mucho trabajo, poco tiempo para estar en casa, pero bastante bien. Yo estoy interna; estoy libre nada más que el fin de semana. El sábado en la tarde vengo a casa para estar con los niños pero no sé cómo vamos a hacer para estar por las noches con ellos. Éste, está todo el tiempo en la calle...aunque van al colegio. Tenemos arreglados todos los papeles.[...] Nosotras trabajamos internas directamente, no trabajamos por horas; por eso aprendíamos el idioma bastante rápido.”. (CI-5-6)

C:”Pero no me daba cuenta de que para poder tener mi casa tenían que pasar 3, 4 ó 5 años. No lo veía, estaba como cegada. El problema viene de ahí todo, del cambio de la moneda. No sabría cómo explicarte esto...porque, es muy fuerte el cambio. Sí...estoy bien por aquí (señala la huerta). A veces lo que te reprime es ah, la gente como es...pero estoy por lo que estoy aquí. Pero gracias a Dios, la gente con la que he trabajado, en los sitios que he estado, me han tratado bien. Igual que yo me lo creí, que aquí tú vas a ser feliz, a resolver las cosas, pero a veces encuentras cosas que te cohíben más”. (CI-9)

C.” Posibilidades no hay. Gracias a Dios desde que yo he venido me ha ido bien. Los comienzos son duros hasta que se adaptan a las personas y las personas a uno se pasa muy mal. Pero estoy bien, me tratan bien, y eso más me ayuda porque uno se siente mal de venir tan lejos de su familia de sus hijos”.(CI-12)

Así, como podemos observar, se plantea una relación contrapuesta, donde se confronta la ausencia de integración en la esfera social versus integración en el grupo doméstico donde trabajan.

Uno de los pocos aspectos que hemos identificado como favorecedor del proceso de integración social de los inmigrantes en el nuevo contexto es la creación de lazos familiares con españoles.

C:” En principio sí, lo que ocurre es que ahora estoy enamorada y si esa relación funciona pues no me iría, me quedaría aquí y traería a mi niña. Vine con una idea pero ahora yo veo que va a ser otra”.(CI-17)

La totalidad de las inmigrantes sin pareja entrevistadas, alberga la idea del retorno salvo en el caso de formar una nueva familia en España; este hecho determina la actitud y la predisposición a la no integración social de antemano, influyendo negativamente en el

proceso adaptativo-integrativo, afectando sobremanera a su orden y dinámicas sociales ya que desemboca en la marginación.

La relación de los inmigrantes con las personas del lugar se hace aún más difícil por la discriminación social que se establece hacia ellos y por la dificultad de comprensión del idioma, en algunos casos. Coincidimos con Cardelús en cuanto a lo que suponen tanto el desarraigo como la marginación de los trabajadores movilizados por el capital (Cardelús 1997); se trata de una manifestación límite del desarraigo que la extensión de las relaciones sociales capitalistas impone en general, y especialmente a los trabajadores, representando, en la práctica, una adecuación de la vida cotidiana a las condiciones generales de producción capitalista (aislamiento, ruptura de relaciones sociales, individualización..).

6.4.2 Soporte económico transnacional y dificultades económicas

Los aspectos económicos y la propia estructura social de clases inciden de forma clara y manifiesta en el entorno de nuestra investigación, de manera que los relatos etnográficos evidencian en todos los casos una situación de precariedad económica en sus países de origen que en cierto sentido, es mantenida tras su llegada aquí. El momento de llegada también se caracteriza por la inestabilidad económica y la incertidumbre respecto al futuro laboral de forma unánime. Los sueldos que consiguen en España, aunque son generalmente bajos, suelen ser sobrevalorados desde su propio punto de vista al compararlos con las circunstancias de procedencia. En cuanto la valoración y autopercepción de sus ingresos, podemos resaltar algunos relatos:

C: *"Yo, los considero normales mis ingresos.."*(CI-3)

C: *" Y yo he visto en el San Carlos, a una boliviana cobrar 10 euros por una noche; ella decía que así al mes son 300 y le alcanzaba para pagar la habitación y algo que me haga por el día. No valoran, no valoran..Yo me valoro mi trabajo. Pero he tenido una racha en que los trabajos estaban mal, mal, mal, porque yo no voy a trabajar a 4 euros la hora en la limpieza, yo lo siento, yo no, yo no, y a estresarme, porque tú sabes...Yo cobro a 9 euros. A mí, el médico me paga las horas a 7 euros y me paga la seguridad social porque nada más son 3 días a la semana. Yo con la señora esta que está enferma, me voy 5 horas cada día, y me da sólo 400 euros; es que es mucho lo que le hago...Pero es que otras están peor, porque por 8 horas al día están pagando 500 euros. Tú sabes que esto es como cuando hay muchas cosecha, se abaratan los precios. Así estamos ahora mismo cada día será peor. Si tú miras en un periódico latino, cada día entran 400 personas de Bolivia. Con 600 euros tú vives bien".* (CI-15)

Los informantes se caracterizan en nuestro entorno por circunstancias económicas desfavorables, ya que, a los bajos sueldos que obtienen, hay que restar el envío sistemático

de dinero a sus respectivas familias para el mantenimiento del soporte económico transnacional, aspecto que dificulta aún más su situación.

Uno de los aspectos que favorece y a su vez caracteriza a la transmigración es el mantenimiento de dicho soporte económico familiar transnacional, como se evidenciaba casi unánimemente en los relatos etnográficos.

C: *"Claro, es que eso es como si fuera otra casa. Es otra cosa, eso no falla. Nos puede faltar a nosotros, no sé, teléfono o algo que no es tan necesario, pero allí la comida tiene que estar. Todos los primeros de cada mes, el dinero allí. Siempre mandamos entre 200 y 300 euros. Es mucho esfuerzo, porque ya son dos casas, entre la de aquí y la de allí, piso, gastos y ahora con el carnet, madre mía...me veo muy agobiada. Quiero salir volando."*(CI-3)

C: *"Sí, le envió dinero a mis padres, a mis suegros.."*(CI-4)

C: *"Yo sí. Tengo a mi hijo allí "* (CI-6)

C: *"Por el momento no he enviado nada porque no puedo. Los primeros meses que trabajaba eran para pagar el dinero que debía allá. Y ahora, no debo mucho ya, pero necesito un trabajo fijo"* (CI-7)

C: *"Para mí lo ideal fue entrar interna, porque sabes que te ahorras la luz, te ahorras la pieza, te ahorras la comida...y logras mandar plata a tu casa, que es lo que uno necesita, mandar dinero a su casa, porque sabemos que ellos están muy restringidos; es lo primero que uno hace. Entonces fijate ese tránsito de dinero; acá cobramos el dinero en euros, lo cambiamos a dólares y o mandamos a Bolivia. Lo mando por giros a través de La Caixa. Par mí la Caixa tiene mucha confianza, entonces giro dinero mensualmente, porque nuestra familia necesita. Vivimos en una situación tan...con tantas necesidades que, con 100 euros que mandemos allá, para ellos es mucho. El cambio de moneda entre Bolivia y el dólar, es como diez veces más. Por poco que mandemos, allá es mucho. Un sueldo de Bolivia son 800 Bolivianos, lo que significa acá 100 euros. Eso es un sueldo. Con 100 euros que mandemos estamos ayudando mucho".* (CI-11)

C: *"Cuando tengo la facilidad, cumplo con una hermana mía, porque el medicamento del cáncer es caro; también le mando a mi hija para los autobuses..."*(CI-15)

C: *"No me alcanzaba el dinero y se lo decía a la señora, y era verdad porque tenía que mandarle a mis hijas, a mi madre, porque ella no trabaja y ya está viejita, y también a mi hermano que está inválido. Ahora mismo dependen 4 personas de mí. Y aparte los extras que vienen. Hay que ayudarle a las personas que no tienen".* (CI-21)

C: *"Sí, tengo un hijo estudiando en la universidad y tengo que mandarle".* (CI-25)

Como podemos observar, este nexo de unión es a su vez causa y consecuencia del establecimiento y mantenimiento de una red familiar transnacional, constituyendo así la principal fuente de ingresos de la familia nuclear, y en todos los casos evidencian el sostenimiento económico de ésta. Los trabajos a los que pueden optar los inmigrantes en situación irregular son, como hemos visto, principalmente aquellos que se relacionan directamente con la clase obrera, aspecto que justifica a su vez las limitaciones económicas y la situación que ocupan en la estructura social.

C: "¡Uy! Eso de la inestabilidad también nos pasó, de vivir de un sitio a otro; horroroso, porque en ese tiempo entre Agosto y Septiembre, cuando no teníamos dinero, pues claro, la persona a quien le alquilas una habitación, pues le tienes que pagar. Y nosotros, claro, unos días nos veíamos que no teníamos para comer; pues bueno, nos íbamos y en Cáritas nos dan, pero dinero para pagar el piso...eso era...Si queríamos alquilar un piso, nos pedían, yo qué sé...una nómina o algo que nos acreditara que íbamos a pagar el alquiler. Pero es que la gente tiene razón; no se fían, y es que yo lo veo normal porque si no trabajas ¿cómo pagas? Y eso, nos pasaba. Así que íbamos como la pelota dando de aquí para allí pero bueno, poco a poco fuimos ubicándonos ya".
(CI-3)

C: " Mi esposo en Torre Pacheco. Él no tenía móvil, no podíamos comunicarnos, yo aquí en Murcia; él allá en esa casa. Yo decía, Dios mío, si le ha pasado algo a él allí, si a lo mejor lo han matado y yo no sé nada en toda esta semana. Y yo aquí sin trabajo no tenía leche para darle a mi hija, se me acababan los pañales...yo salía todos los días a la calle a pedir trabajo, y no encontraba...[...] Él volvió sin trabajo, y como yo empecé en la casa de esa señora, mi sueldo nos alcanzaba para comer los dos". (CI-4)

C: "Hay diferentes casos. Por ejemplo, yo no me quejo, he tenido trabajo que es lo importante porque llegar y no tenerlo sí que es complicado. Algunos llegan y no trabajan o trabajan y no le pagan. A mi esposo le sucedió eso, por eso me tuve que venir yo antes. Durante dos meses no mandaba nada ni para pagar lo que debíamos. Entonces yo opté por venirme para poderle ayudar. Para él era complicado porque no tenía papeles, entonces trabajaba poco a poco, a veces le pagaban bien, otras le pagaban muy poco y apenas le alcanzaba para pagar los gastos de habitación. Normalmente primero viene el marido o la mujer sólo y después el otro. Lo principal es eso, trabajar y después ya te vas acomodando Fue muy difícil porque al principio trabajábamos en la huerta, pero como debíamos los billetes pues teníamos que trabajar en lo que salía. Yo trabajé durante una semana y después comencé a trabajar de interna aquí en Murcia hasta que pagué los dos billetes y además se murió la anciana también y no pude continuar. Después volví a Archena y comencé a trabajar otra vez en la huerta. El primer año que estuve aquí trabajé en la huerta. Después me vine a Murcia a trabajar en una casa. Trabajaba medio día limpiando, pero no me gustaba mucho los horarios de comida y eso, y le dije que no podía que trabajar más que cuatro horas. Ella me dio las cuatro horas, pero la casa era muy grande y me pagaba muy poco, llegaba muy tarde a casa (porque era en churra) y entonces le dije que no

iba a seguir. Para mí fue un poco complicado porque 5 meses no trabajé pero tenía parientes y me daban las chicas propinas por ayudarles a limpiar su casa".(CI-20)

La inestabilidad laboral, como podemos observar, se establece casi a modo de condición en la fase inmediata tras la llegada, caracterizando a todos los procesos de adaptación. Pero dentro de la precariedad y la inestabilidad como *modus operandi* de vida tras la llegada, se identifican también situaciones extremas, tales como:

C:"Me dijeron que supuestamente estuvo viviendo en la calle, que lo veían en los jardines, y que no tenía donde ir; y a mí eso....yo le decía: ¡vámonos, vámonos!. El me decía: vete...vete tú. [...] Al principio pasé trabajo porque no encontraba...¡uh!, mientras uno se consigue.."(CI-15)

C:"Entonces, yo llegué primero a Madrid. Tenía que venir a recogerme una sobrina mía y no vino a recogerme. Tuve que estar dormida una semana en la calle. Agarré mi maleta y mi ropa y me quedé en la calle. Como se me acabó todo mi dinero, he tenido que estar a pan, agua y sardinas durante mucho tiempo. Ha sido así la vida del inmigrante. Pero sufrir, sufre alguien que no puede adaptarse todavía a las condiciones de aquí, y no sabe cómo vivir....es muy diferente todo, todas las cosas allá y aquí. Todo el que viene es por situación económica, familiar o personal. Es por eso."(CI-23)

Observamos cómo la precariedad de la situación llega incluso a desembocar en situaciones de indigencia, donde la propia supervivencia está en juego, detectándose un déficit de apoyo a todos los niveles, aspecto que demuestra las limitaciones de la red social y el condicionamiento que supone el propio proceso de adaptación e intento de integración.

El último testimonio referido resume en una sola frase la esencia del proceso migratorio, cuando refiere *"pero sufrir, sufre alguien que no puede adaptarse todavía a las condiciones de aquí y no sabe cómo vivir.."(CI-23)*, reflejando la incapacidad y el desconocimiento sobre las pautas para sobrevivir en última instancia, especialmente en las ciudades.

Los entornos urbanos favorecen, por sí solos, la desintegración social en cualquier caso, aún más si se trata de personas que proceden de otros entornos social y culturalmente diferentes. Castells entendía la vida en la ciudad como un sistema de relaciones entre partes funcionalmente diferenciadas (Castells 1996).

Basándonos en este planteamiento, podemos pensar que las relaciones sociales de los entornos urbanos acaban estando circunscritas a este planteamiento funcional con un marcado carácter laboral, aspecto que resulta contradictorio con la necesidad de integración social de los inmigrantes.

Entre las consecuencias del proceso migratorio, identificamos frecuentemente no sólo la situación de aislamiento social sino también un alto grado de desestructuración familiar, que abordamos a continuación.

6.4.3 Desestructuración familiar de los cuidadores inmigrantes.

A esta situación, en la que la estructura social y el perfil laboral del inmigrante claramente asociado a la clase obrera, se añade la situación de desestructuración familiar que vive, conformando un caldo de cultivo que potencia y propicia la falta de integración social. Respecto a la desestructuración familiar y cómo ésta afecta a su entorno social más cercano y a la red de apoyo y relaciones, podemos destacar los siguientes relatos etnográficos que así lo evidencian:

C: "Es verdad, porque yo, no es que me arrepienta de haberme casado, simplemente me arrepiento de haber tenido mis hijos tan joven, eso sí me pesa, porque no estuvieran sufriendo ellos, no estaríamos sufriendo nosotros aquí por ellos. Eso es lo que me pesa. Bueno, ya, el haberme casado, eso es otra historia, porque cuando uno no tiene hijos, duele menos, pero cuando se tienen hijos sí que duele. Yo con eso es con lo que más mal lo he pasado, porque uno se hace ilusiones de que los va a traer. Luego, cuando los quieres traer es que ya no puedes, porque mi hija ya, hizo su vida. Mi segundo hijo, pues para él nosotros somos unos extraños, porque se quedó de dos años y medio y ya nosotros somos sus padres sólo de nombre pero así de cariño, de que en verdad lo sientan, no. Pero al final lo vamos a traer, aunque sólo sea para que conozca España, yo qué sé, que vea dónde vivimos, que se haga una idea más o menos de que no sé, como ahora mismo como es niño no entiende las cosas....pero más adelante puede ser que sí que quiera venir a vivir aquí. A su hermano sí que le hace ilusión. Fuimos este verano, y madre, mía...nada más que le decía "venga, hermanito, vámonos a España..", pero claro, el otro nene no tiene esa ilusión porque como no ha estado con nosotros, le da igual si vamos o si no vamos. Pero en cambio al otro nene es que le hace falta su hermano, porque como lo pasa solo, es que le hace falta. Le hace falta un cambio". (CI-3)

C: "ver cómo puedo sacar mis papeles, que yo también lo necesito para poder ir a mi país, ir a ver a mis hijos y juntar un poco de dinero, por lo menos para ir a verlos. Mis hijos están con mi familia ahora mismo. Lo único que hago es que cuando tengo dinero vengo a llamar a mi hijo al locutorio".(CI-7)

C. "Yo lo que estoy tratando ahora es de reunir un poco de dinero y traer a mi marido". (CI-11)

C: Están ellos solos allá. El mayor tiene 16 años y se llevan dos años cada uno de los cuatro. La menor tiene 10. Su tía los mira y eso pero en una habitación en su casa ellos están solos. Mi objetivo es poder, si Dios quiere ganar ...porque no tengo casa, yo alquilo, ganar y poder hacerme una casa y estar con mi familia y mis hijos.(CI-12)

C: "Como ya tenía mi hijo, para darle algo mejor. Como yo soy soltera, digamos que el padre de mi hijo me ayudaba, pero poco. Yo, para no pedirle a él, y tener valor para mí y para el niño, de ahí le dije a mi papá si él me podía ayudar para venir, y él me ayudó. Mi hijo se ha quedado con mi papá, porque a mí me ha criado mi padre porque se separó de mi madre; mi madre se fue, así que mi padre nos ha criado a nosotros, que somos 2 hermanos y él nos ha criado a los dos. Vivíamos en la casa de mi abuela, de mi abuelita y ahí, en la casa de mi abuelita vive mi tío con su mujer y otras primas, mi papá, nosotros....una casa grande".(CI-14)

C: "Yo vine por mi hijo. Mire mi esposo trabajaba en la fiscalía. Tenía un hijo que se achantó y no quería estudiar. Con 15 años sacó bachillerato y ya. La niña estaba estudiando en la universidad una Ingeniería. Como este hijo me preocupaba más que los otros dos que tenía allá porque cuento con tres hermanas; yo soy la última hermana, y mis hijos no lo pasaban mal. Yo aquí ganaba dinero, ayudaba a mis hermanas, porque tengo una hermana que económicamente vive mal, tiene un cáncer de mama; ella no tiene seguridad social porque no cotizó y yo he ayudado mucho a mi familia, además yo tenía unos hermanos que vivían en una parte que estaba muy azotada por la guerrilla, que no podían trabajar en el campo, y yo les he ayudado mucho. Y ya te digo, yo no me arrepiento de estar aquí. He venido por mi hijo, porque yo tenía un pánico a montarme en un avión, pero mira, lo mejor que le puede pasar a una mujer es tener un hijo, y los hijos...no hay comparación".(CI-15)

C: "Mis hermanos están una semana con mi madre y otra semana están con mi suegra. Tengo abandonada a mi familia. Allí está mi hijo y mi madre". (CI-23)

El establecimiento de una red migratoria transnacional implica desestructuración familiar a diversos niveles, tal y como se observa en la etnografía. Dicha dispersión de los miembros de la familia entre el país de origen y el de destino, a nivel tanto de miembros de la familia nuclear como extensa, determina un sentimiento de culpabilidad e impotencia ante la inexistencia de otras vías alternativas de mantenimiento de las necesidades económicas básicas de la familia. Esta situación influye directamente en el grado de bienestar psicológico del inmigrante, siendo un factor que tiende a favorecer el desarrollo de conductas de aislamiento social y del mencionado síndrome de Ulises.

6.4.4 Influencia del trabajo en la desestructuración familiar del inmigrante en nuestro entorno

C: "He venido aquí, y no tenía a nadie. Mi familia estaba en Albacete. Y luego, pues por un anuncio que pusimos en un hospital, una señora que vive aquí en Murcia, en Ronda Levante, me trajo desde Albacete para acá, y no conocía a nadie; estaba aquí solica, sólo con la anciana y el perro".(CI-5-6)

C: *“Mi marido está en Madrid, trabajando. Aquí estoy sola”*. (CI-24)

Las condiciones laborales en el país de destino también dificultan el mantenimiento de la dinámica y vínculo familiar, en tanto que son trabajos donde la jornada abarca un elevadísimo número de horas o incluso la totalidad del día, estando muchas de las cuidadoras inmigrantes en régimen interno en la vivienda donde ejercen la actividad de cuidador informal. Se perjudica la estructura y funcionalidad de la familia del inmigrante mientras que se fortalece y benefician ambos aspectos en la familia donde se encuentra la persona dependiente a la que cuidan, debido a la sustitución de roles entre otros motivos. De esta manera, si el propio hecho migratorio es un factor que por sí mismo debilita la estructura y dinámicas familiares del inmigrante, es preciso tener en cuenta que las características sociolaborales que encuentra el inmigrante en nuestro entorno dificultan a su vez la funcionalidad de la institución familiar con los posibles miembros de la red familiar que también hayan emigrado y compartan entorno. Así, observamos que a los problemas familiares que supone el establecimiento de una red transnacional, se añaden las dificultades familiares en el nuevo entorno. Existen algunos casos en los que la cuidadora inmigrante se encuentra interna en el hogar de una persona dependiente que está sola, de modo que otros miembros de la familia nuclear de la cuidadora, tales como marido o descendiente, también viven en la misma unidad doméstica. Esta situación, aunque no es generalizable sí resulta bastante frecuente y presenta grandísimas ventajas tanto para el inmigrante como para la persona dependiente, ya que permite el mantenimiento de la unidad familiar nuclear de la cuidadora en el mismo entorno o unidad doméstica donde ejerce su trabajo, incluyendo a la persona objeto del cuidado como otro miembro de su propia familia nuclear. Aunque el vínculo que origina la unión de esta diversidad de personas en la misma casa sea de origen laboral, la persona dependiente empieza a contar con una familia entera en su entorno, y la cuidadora, a su vez, integra a un nuevo miembro en su propia estructura familiar y doméstica, aspecto que desarrollaremos más profundamente en el capítulo dedicado a diálogo cultural en el entorno doméstico. Uno de los aspectos que explica este patrón de comportamiento es debido a la importancia que en la sociedad de origen de la cuidadora se da a la familia extensa, y a la costumbre y los valores añadidos al hecho de convivir diversas generaciones de la misma familia en la misma casa, o el mantenimiento de fuertes lazos relacionales entre los distintos miembros, aspecto valorado muy positivamente por ellos, como observamos a continuación.

6.4.5 Arraigo de la noción de familia extensa

C: *“ Lo que pasa es que a los hijos no les gusta quedarse sin ningún familiar aquí en este país, ni en otro. Allá los familiares viven cerca, por ejemplo, aquí no. Aquí yo he visto que el papá y la mamá viven en Murcia y un hijo en Valencia y otro, por ejemplo, en Madrid, y están*

acostumbrados a llevar ese ritmo de vida. Pero allá no, allá los tíos, los primos, los hermanos, viven en la misma ciudad".(CI-17)

C:"Se casan como yo. Yo me casé a los 14 años y tuve a mi primera hija a los 15 años. A los 16 tuve a mi gemelita (murió una y quedó la otra). A los 19 años quedé embarazada y tuve a mi varón. Me quedé sola bien jovencita, de 22 ó 23 años. Mi familia me apoyaba, porque somos una familia bien reunida. Tengo 10 hermanos y vivíamos todos allí".(CI-18)

En muchos casos también podemos observar cierta desestructuración familiar en la situación de origen de los inmigrantes, ya que aparecen numerosos testimonios que refieren a una estructura de familia nuclear donde se van sumando generaciones pero que no se tienden a iniciar núcleos familiares nuevos ya que los vínculos de pareja no parecen ser duraderos o de carácter estable; sin embargo, sí es frecuente la aparición de descendencia aún cuando no se institucionalice un nuevo núcleo familiar, sino que tiende a depender de la familia nuclear preexistente, convirtiéndose en lo que conocemos como familia extensa. A esta situación de desestructuración familiar, donde los roles son asumidos por otros miembros familiares distintos a aquellos que deben desempeñarlos, se añade la inestabilidad añadida por los movimientos migratorios, aspecto que perturba aún más la estabilidad familiar.

Siguiendo a Bott, cabe recordar algunos aspectos sobre las redes sociales (abordadas previamente) para poder entender mejor los fenómenos de integración social o, tal vez, de desintegración y su relación con la familia.

Si bien, es cierto que los entornos sociales inmediatos de todas las familias urbanas se parecen entre sí, en la medida en que adoptan la forma de redes, hay importantes diferencias entre las redes de tales familias. El grado de conectividad de la red es un tipo importante de diferencia. Tales diferencias se aprecian especialmente en el área de las relaciones informales, es decir, la relación con amigos, vecinos y parientes. Se considera que estas relaciones tienen más importancia personal y emocional que aquellas mantenidas con otras áreas más especializadas (instituciones formales), de forma que tales relaciones se mantienen normalmente con personas parecidas socialmente a las familias mismas (Bott 1990).

Estas pinceladas sobre las redes sociales nos permiten entender la dificultad que entraña la integración social del inmigrante. En primer lugar, Bott asocia en todo momento la red social a la familia, entrando los parientes dentro de la propia red social. Los inmigrantes, en la mayoría de los casos vienen solos y carecen de contactos familiares o de elementos para poder construir su red social. Además, argumentaba que la red social se construye con personas parecidas socialmente a las familias mismas, siendo un factor decisivo en la integración del inmigrante, ya que no sólo carece de familia en el entorno de

acogida sino que lo que encuentra a su alrededor son personas con características socioculturales distintas y que cuentan con su propia red. De ahí que resulte más fácil al inmigrante crear una red social con otros extranjeros que con las personas del país de destino, aunque en términos generales, presentan dificultades para establecer dicha red de apoyo.

Además de la red social, Bott aborda el tema de las clases sociales, aspecto que también es necesario tener en cuenta en relación a la integración social. Si bien Bott considera que las clases sociales son categorías elaboradas según grupos reales, el proceso al que se enfrenta el inmigrante es dificultoso también a este respecto, ya que al principio no puede identificarse con ninguno (Bott 1990). Para ello, es necesario tener un grupo social de referencia, interiorizar sus normas, generalizarlas y proyectarlas sobre la sociedad global.

Estos procesos no son susceptibles de ser llevados a cabo con facilidad por ninguna persona extranjera. Requieren apoyo social para poder, al menos, iniciar este proceso, teniendo en cuenta que los grupos de referencia que él tiene son los relativos a su sociedad de origen, aspecto que lo hace aún más dificultoso.

Desde un punto de vista social, existen grandes retos para desarrollar nuevas estrategias de convivencia y experimentar positivamente el cambio social del que venimos hablando en este apartado. La integración de los inmigrantes y la fijación de nuevos modelos de convivencia deberán ser diversas, plurales y lejanas a la generación de conflictos, racismo y actos xenófobos. Y hablamos en todo momento de integración social no en detrimento de la integración cultural, sino como un proceso que alude a las dos dimensiones, social y cultural. Por ello abordaremos este mismo tema en relación al cambio cultural posteriormente, sin dejarlo al margen; sin embargo, existen autores que defienden solamente la naturaleza social de la integración.

En este sentido, Galindo afirma que cuando se habla de integración no se pretende la asimilación cultural por parte del país receptor; al contrario, el significado que se da al término integración es el de su ámbito social, es decir, de integrarse en una sociedad, no en una cultura; así, el concepto de integración social abarca un campo mucho más amplio que el referido a los aspectos culturales (Galindo García 2002).

Deben tenerse en cuenta estos planteamientos a la hora de valorar el alcance de la integración social en la dinámica de la vida diaria desde un punto de vista extremadamente funcional o de supervivencia. Sin embargo, no podemos obviar el calado cultural que implica la integración, aún cuando sea considerado por autores como Galindo como un proceso secundario, o de menor importancia en relación a lo social.

Otros autores como Izquierdo o Blanco conciben la integración como un proceso holístico, que abarca todas las dimensiones de la persona, yuxtaponiendo diversos planos, tales como el estructural, individual, relacional y evaluativo (relativo al bienestar).

Izquierdo alude al carácter multidimensional de las bases de la integración en tanto que el asentamiento en una sociedad nueva y diferente de la propia obliga a un gran esfuerzo de resocialización y exige tanto la adopción como la adaptación a nuevas formas de producción, trabajo y vida cotidiana (Izquierdo Escribano 2002).

Para poder comprender mejor este aspecto de la integración relativo a la estructura familiar, es necesario remontarse a la situación social de origen del inmigrante, y establecer una comparativa entre ésta y el nuevo contexto social con el fin de identificar las claves del proceso de integración a nivel social.

Siguiendo a Lacomba, para comprender el cambio social que implica la inmigración, resulta necesario conocer las sociedades desde las que se emigra, siendo tanto o más importante que el conocimiento de aquellas a las que se inmigra, ya que nos permite disponer de una visión global de las migraciones (Lacomba 2001). Desde una perspectiva transnacional, la historia de la trayectoria anterior a la propia emigración no puede desligarse de la etapa inmigratoria, hasta el punto que no puede entenderse ésta sin tener en cuenta la primera.

Según Ruiz de Lobera, uno de los aspectos clave para conseguir la integración de los colectivos inmigrantes es conformar una nueva identidad en un nuevo entorno tomando como criterio la pertenencia a los grupos de referencia. Si intentamos comprobar la existencia de esta condición que Lobera estima fundamental en cualquier proceso de integración del colectivo inmigrante, comprobamos que no hay sensación de pertenencia a grupos de referencia, y según el planteamiento de esta característica, no hablamos de integración en las cuidadoras inmigrantes de nuestro estudio (Ruíz de Lobera Pérez-Mínguez, M. 2004).

En la tabla que aparece a continuación, se reflejan las ideas más importantes extraídas de la etnografía relativa al cambio social experimentado por los inmigrantes desde la sociedad de origen al nuevo contexto social.

Tabla 6.2 Descriptores del cambio social que viven las cuidadoras inmigrantes.

SITUACIÓN SOCIAL DE ORIGEN	NUEVO CONTEXTO SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Predominancia de familia extensa • Maternidad precoz • Presencia mayoritaria de la mujer en el entorno doméstico y cuidado familiar • Los ancianos dependen de los hijos • Inestabilidad económica, devaluación monetaria • Ausencia de coberturas públicas (salud, educación, jubilación...) • Afectación de la calidad de vida (salud) • Ausencia de trabajo, trabajos mal retribuidos y explotación laboral • Pequeños negocios familiares • Desigualdades laborales de género • Dominación masculina. Violencia, consumo elevado de alcohol en hombres • Déficit de oportunidades laborales a partir de los 30 años • Baja esperanza de vida. Muertes prematuras vs. longevidad (estilos de vida saludables) • Escasez de avances tecnológicos y comodidades • Bajo nivel de vida vs. precios elevados • Inseguridad ciudadana • Endeudamiento/carencia de bienes 	<ul style="list-style-type: none"> • Situación frustrante a nivel profesional • Compensación personal (hijos, familia) y conformismo • Precariedad laboral y hacinamiento • Ausencia de ayuda y soporte para inmigrantes • Déficit de integración social y sociabilidad • Estereotipos y racismo • Mujer española que trabaja, con más derechos, oportunidades e independencia • Déficit de valores en relación a la familia, la educación y los ancianos • Sociedad española que no aprovecha las oportunidades que tiene a su alcance • Mentalidad más abierta • Coberturas públicas (sanidad, educación, pensiones...) • Titulados universitarios sin trabajo o en trabajos muy devaluados • Culturas de socialización a través del consumo de drogas alcohol • Diferente orden de prioridades en la vida (especialmente en la mujer)

Elaboración propia, basada en la etnografía (Véase ANEXO VII.- Relatos etnográficos sobre el cambio social vivido por las cuidadoras inmigrantes).

Tomando como referencia los planteamientos de Mateo Pérez y La Parra, se consideran signos de inclusión social los procesos de reagrupamiento familiar, pertenencia a asociaciones de inmigrantes y ONG's locales. Sin embargo, las rupturas y

desestructuraciones familiares, el etiquetaje social y la desconfianza con respecto a ciertas asociaciones de inmigrantes, son considerados como aspectos que indican todo lo contrario, es decir, exclusión social (Mateo Pérez, La Parra 2005). Según estos criterios, la etnografía vuelve a manifestar una gran tendencia a la exclusión social en el colectivo de cuidadoras inmigrantes estudiadas.

En el mismo sentido, Tezanos planteaba los principales factores de equilibrio "*exclusión-integración*", pertenecientes a dimensiones sociales, culturales, personales, laborales y económicas. Si nos centramos en aquellas de naturaleza social propiamente dicha, encontramos que la carencia de vínculos familiares, familias monoparentales, carencia de redes sociales de apoyo, residencia en zonas de expansión, entorno residencial decaído y aislamiento, son factores de exclusión. Algunos de ellos los acabamos de indicar, coincidiendo con Mateo y La Parra, tales como la desestructuración familiar. Los restantes elementos también se encuentran presentes en la etnografía.

Tanto en función de los criterios que proponen dichos autores como extrayendo las ideas principales de la etnografía, constatamos que estamos ante un fenómeno de cambio social relativo a la inmigración principalmente económica y laboral que ha acentuado las desigualdades sociales e intensificado el proceso de estratificación social, dando como resultado una sociedad dividida donde no hay evidencias de integración social alguna, coincidiendo así con los planteamientos de Tezanos (Tezanos 2001). La ausencia de la inmigración en las políticas sociales de los países europeos perjudica a su vez el nivel de cohesión social, de manera que son muchos y diversos los factores que interna y externamente amenazan gravemente la integración de la sociedad.

Buena parte de la población inmigrante no se está integrando adecuadamente en los países de acogida, ni quiere integrarse plenamente, lo cual supone que estamos ante unas actitudes nuevas que no se habían dado de esta manera en la mayor parte de los procesos migratorios de largo alcance que se hayan conocido hasta ahora. El surgimiento de estas concepciones se debe a que estamos ante un modelo de inmigración que responde a una situación diferente a las que acontecieron en los siglos XIX y XX. Ahora no sólo son diferentes los lugares de procedencia, sino que no siempre existe una voluntad de lograr una integración completa bajo los patrones occidentales, como ciudadanos de pleno derecho en otra sociedad diferente.

La vieja migración transatlántica se asociaba principalmente al objetivo de alcanzar una nueva ciudadanía; asimismo, las migraciones intraeuropeas de los años 60's eran básicamente coyunturales y limitadas en el tiempo. En cambio, ahora estamos ante un patrón migratorio diferente, en el que se parte de una concepción diferente a la ciudadanía, casi una multiciudadanía o policiudadanía, a caballo entre los dos ámbitos socioculturales, y con un alto grado de movilidad intergeográfica, que está facilitada por

las nuevas condiciones de la sociedad global de la información y de la comunicación, con el consiguiente abaratamiento de los costes de transporte y comunicación. De esta manera, se está desarrollando una nueva modalidad de migración de doble circuito, con muchos viajes, comunicaciones constantes por Internet, móviles, etc..Y realización de importantes transferencias monetarias a los países de origen, aspecto que tiene efectos indirectos positivos, ya que las remesas de los inmigrantes han llegado a alcanzar un volumen de recursos superior a la ayuda al desarrollo como tal (Banco Mundial 2005).

Los actuales problemas de integración social de los inmigrantes deben considerarse desde una doble perspectiva, que coincide con un análisis emic/etic; por un lado, es un proceso que resulta fallido desde el punto de vista de la sociedad de acogida, que no facilita las dinámicas de integración ni acepta realmente su inclusión en los grupos sociales, relegándolos a un mismo estrato totalmente al margen del resto. Este proceso viene dificultado por problemas añadidos y conflictos étnico-culturales de diverso calado y alcance. Por otro lado, la ciudadanía entendida en sentido universal y plena ya no es un objetivo primordial, deseado por muchos inmigrantes, al menos no en la forma en la que hasta ahora se había entendido, aspecto que no favorece ni incentiva la predisposición a la integración por parte de los propios protagonistas del movimiento migratorio.

Atendiendo a la etnografía de nuestro estudio, el fenómeno del cambio social es vivido por el colectivo de cuidadoras informales inmigrantes en un sentido que quizá tenga más connotaciones negativas que positivas, aunque éstas sean muy determinantes en sus vidas, como pueden ser los aspectos económicos. Aunque son las protagonistas de este fenómeno, consideran que la situación social que viven no es consecuencia del propio movimiento migratorio sino del *modus operandi* social actual, de su configuración y características, que es la que divide, margina y excluye a los inmigrantes.

Según Campoy Lozar, los sujetos al margen manifiestan un comportamiento discrepante respecto a lo considerado normal en un contexto dado (Campoy Lozar 1995). Los excluidos y marginados son contemplados por el resto de estratos sociales como diferentes, y simultáneamente, se les niega el derecho a la diferencia, siendo considerados fuera de la "normalidad" del sistema social. Cabe recordar que Touraine consideraba a los excluidos como no susceptibles ni de sufrir desigualdad porque no tienen ni tan siquiera los derechos sociales más básicos (Touraine 1991).

En este sentido, intentando aproximarnos a esa división y diferenciación social que caracteriza la realidad del inmigrante, cabe plantearse si existe tal nivel de discrepancia en el comportamiento del grupo que estamos investigando o realmente el problema está en la tolerancia del sistema hacia los inadaptados. No coincidimos con el planteamiento de dicho autor a este respecto, y se cuestiona si el distanciamiento que se genera a nivel social como grupo se corresponde con el mismo nivel de distanciamiento respecto a las normas comportamentales predominantes. En el material etnográfico no se evidencia tal

discrepancia en los patrones de comportamiento, sin embargo sí se refleja una desproporcionada distancia social, llegando a la conclusión de que independientemente del grado de desviación de las normas y del comportamiento socialmente aceptado, el colectivo inmigrante va a sufrir una segregación y exclusión a nivel social como consecuencia de aspectos étnico-culturales, económicos, pobreza etc...favoreciendo una situación que interrumpe los cauces de participación en la vida social, sino que va más allá aún, favoreciendo incluso el desarraigo.

Estos dos parámetros que acabamos de analizar respecto al cambio social que se genera a raíz del fenómeno migratorio coinciden en cierto modo con los que indicaban Thomas y Znaniecki, es decir, la organización social y sus cambios, por un lado, y las relaciones interpersonales, por otro, siendo los dos grandes núcleos explicativos de las distintas formas de enfrentarnos a la sociedad y a sus cambios. Ambas dimensiones resultan fundamentales a la hora de analizar el cambio social en nuestro trabajo de campo, pero no consideramos que un aspecto sea la explicación del otro, es decir, que la división social pueda deberse solamente al comportamiento o las relaciones interpersonales de los sujetos sociales, tal como apuntaba Campoy Lozar.

Según Ruiz de Lobera, la integración abre las puertas al diálogo cultural. En cuanto a integración social se refiere, hemos concluido a lo largo de este capítulo que las vivencias de las cuidadoras inmigrantes reflejan más exclusión que integración a nivel social, relegándose al espacio doméstico principalmente, donde ejercen su labor de cuidadoras. A continuación vamos a abordar el fenómeno del cambio cultural que viven y generan, intentando analizar si se identifica o no la presencia de diálogo cultural, discutiendo así el planteamiento expuesto; siguiendo a Ruiz de Lobera, no debería darse un diálogo cultural a raíz de los cuidados informales en tanto que no hemos identificado fenómenos ni experiencias de integración.

6.5 LA INMIGRACIÓN COMO FACTOR DE CAMBIO CULTURAL.

En un entorno como el nuestro, caracterizado por el cambio social y el encuentro cultural, las líneas de desarrollo a nivel educativo, sanitario, económico, político, etc... deben promover la interculturalidad y desarrollar procesos de intercambio, interacción y cooperación entre las diferentes culturas.

Recordamos que la multiculturalidad es una realidad que avanza en nuestra sociedad, mientras que la interculturalidad es sólo un método de trabajo para conseguir que esa sociedad sea realmente una sociedad diversa y plural, donde cada persona pueda alcanzar su plena realización sin verse condicionado por su origen, procedencia o pertenencia a un determinado grupo étnico o social (Chamizo de la Rubia 2004).

Asumimos que se vive en una sociedad multicultural, pero en realidad no llegamos a comprender realmente lo que significa, dando por supuesta la tolerancia como valor asociado ante esta nueva concepción social. No obstante, ni el culturalismo se concibe como tal (aunque lo creamos) ni existe tolerancia como valor arraigado a nivel colectivo (ya lo hemos comentado respecto a la inmigración como factor de cambio social). Es posible que utilicemos de manera implícita las barreras culturales y los rasgos de identidad para generar y construir la diferencia, que deriva en marginación social. Se dan pocas oportunidades al "otro" para salir de esa liminaridad aún cuando desee salir de un grupo o comunidad concreta según vayan cambiando sus circunstancias de vida.

Lo cultural, dentro del idealismo de la multiculturalidad, puede devenir también en conflictivo y confinable, reproduciendo el discurso del poder hegemónico frente a la subalternidad de las minorías.

A continuación vamos a analizar algunos aspectos de la etnografía en relación al cambio cultural que acontece como parte del fenómeno migratorio.

6.5.1 Importancia del mantenimiento de la cultura

Retomando la clasificación que proponía D'Entremont sobre los fenómenos de aculturación, inserción e integración, expuestos anteriormente en el marco teórico, identificamos que sólo uno de los relatos refleja pérdida de la memoria cultural, creencias, costumbres o tradiciones, es decir, aculturación.

Como podemos observar en los siguientes párrafos, la mayoría de cuidadoras inmigrantes llevan a cabo un proceso de inserción cultural, ya que mantienen sus costumbres, valores ideas y sistemas simbólicos, pero teniendo en cuenta el déficit de integración social que hemos descrito en el apartado anterior; por eso no hablamos de integración cultural sino sólo de inserción cultural desde un punto de vista macro o de la sociedad de acogida sobre el colectivo.

C: " Mis costumbres, los valores con que me han criado mis padres, yo los mantengo. Lo que no hago es huir, yo me adapto a la zona, qué se yo, me sentiría relegada o buscar algo que no lo tengo. Me adapto a lo que tengo y vivo con lo que tengo. Estoy acorde con el medio y me adapto a lo que tengo. Cuando vuelva allá, ya retomaré mi vida, pero seguiré igual. [..]; ella dice es que yo creo que ustedes tienen una cercanía mayor con la gente y ustedes se tratan mejor, y nosotros creo que como no tenemos mucho dinero, nos acercamos más a la familia y estamos más juntos, compartimos con nuestras madres, con nuestros hermanos...y así, disfrutamos más, y somos así cariñosos, pues sí, porque si no, tu madre se enfada y te riñe mucho. En Ecuador es así, hay que ser amable y educado, eso debe ser como norma de tu madre porque si no es así, queda mal tu madre, y te castiga. Yo creo que sí. Cuando hablamos por teléfono, me dice y me habla más cariñosa y más cercana". (CI-2)

I: "¿Piensas que es importante mantener tus costumbres y tus tradiciones de allí, aquí? C: Yo creo que las costumbres...creo que hay que adaptarse donde uno va. Más no voy a mantener, qué va..."(CI-3)

I: "¿Es para ti importante mantener tus costumbres y tus tradiciones de allí?"

C: Importante, sí.....

I: ¿Lo consideras como una herencia, no? C: Claro, claro...

I:¿Crees que lo mantendrás? C: Yo creo que sí...procuraré". (CI-4)

C:"Allá la gente bebe, hay mucho para beber. Allá, los que más beben son los hombres. I:¿Es importante para ti mantener tu cultura? C: Por supuesto.

I: "¿Piensas que perderás tus costumbres al vivir aquí?"

C: No, para mí no. Yo siempre decía, cuando me vine, soy boliviana y eso nadie me lo quita porque lo llevo en la sangre. Nadie me lo puede quitar, haga lo que haga, aunque viva muchos años en España. Eso es lo único que heredamos allí. Es algo que uno lo tiene en la sangre, no necesita llevarlo a ningún lado. Si uno lo tiene es por el sitio donde nació. Y eso no se le quita nunca. Es lo que uno es como persona. Yo tengo mi costumbre y eso nadie me lo quita. Yo tengo que hacer las cosas como a la persona le gusta, pero es porque es mi trabajo y yo vengo a trabajar, vengo a hacer lo que los demás me digan. Pero ya volveré a mi país y a lo mío..." (CI-7)

C: " Sí, porque yo, las costumbres y la forma de expresarse los españoles lo veo muy lindo en los españoles, en ustedes, me parece muy gracioso como hablan, se ve muy bonito que hagan gestos, a mí me parece muy lindo, y cuando se visten de huertanos y todas esas cosas me parecen hermosas, pero en un colombiano, eso me parece que chilla, porque uno tiene que ser siempre original. Yo cuando mi esposo o alguno de nosotros tres se enferma, pues yo, primeramente lo mío, y si ya eso, entonces ya medicina. Yo uso mucho las hierbas, el vinagre, el ajo...eso es lo primero, y si no funciona, pues entonces paso al médico y uso la medicina de aquí, pero siempre lo mío antes2. CI-8)

C: " Ay, ojala que no la perdamos, porque yo ya estoy pensando para educar a los nietos. ¡Ay! Aquí yo veo que los niños son muy groseros con sus padres, y yo lo ví. Iba a trabajar un día, y un señor llevaba a un niño y a una niña, y la niña agarró a puntapiés al papá y a muela. Con los pies le daba y con los dientes le mordía. Yo no sabía qué le pasaba a la niña con este señor. Pero ¿cómo es que la trata con esa violencia? "Mi hijica...tranquila, no le hagas eso a tu padre". Para mí eso fue terrible. Así que esa tradición de nuestro país sí me gustaría, porque los niños y los adultos respetan mucho a los papás y a los mayores. Si vas en un autobús, y va un mayor de pie, el joven se para y le da el asiento para que se siente el mayor. Si va una señora

embarazada, se le da el puesto a la señora embarazada. Y si hay alguien que quiere cruzar la calle, se le da la mano para que cruce la calle. Así somos nosotros”.(CI-13)

C:” tengo una amiga que es como mi hermana; me da apoyo..Ahora mismo está un poco más alejada de mí, por las situaciones. Yo no quiero que su hogar se vaya a destruir, porque aquí hay unas costumbres y en Colombia tenemos otras..Yo tengo un hijo allá de 25 años, está trabajando y ¡está en mi casa! Porque está en mi casa...pero las normas son las normas. [...] Fuimos un día a un restaurante de aquí colombiano; íbamos 10 personas, y la niña come también de lo que nosotros comemos. Hombre, bueno, nosotros siempre tenemos que tener el arroz, aunque a mí ahora ya me da igual porque yo me adapté a las costumbres de esa casa”.(CI-15)

C:” Hay algunas costumbres que no me gustaría perder, pero en otras cosas me adapto a las de aquí”(CI-17).

C: “ No, no eso no se pierde”.(CI-20)

I:” ¿Piensas que perderás tus costumbres?

C: No creo; yo soy la misma de ayer y de antes. No, yo no pierdo mis costumbres ni mi forma de hablar, porque yo también, aparte del castellano, tengo un dialecto. Yo hablo quechua. Hablo y entiendo. Pero entiendo más que hablar, porque mis padres son de nuestros antepasados. “She ma cuambra” (Eres una mujer buena, hermosa); “Cuambra” es mujer. “Onigo” es hombre. También te podría insultar, pero no quiero...(ríe). Como en todos los idiomas, en que pueden insultarte y no te enteras. Yo estoy trabajando ahora con musulmanes y a veces se alteran y te dicen cosas. “No te entiendo, hijo mío..Pero dime...¿es algo malo?”, y me dicen “noooooo..”(CI-21)

I:” ¿Es para ti importante mantener tus costumbres? C: Sí”.(CI-26)

I:” ¿Piensas que perderás tus costumbres si vives mucho tiempo aquí?

C: No, eso se mantiene dentro” (CI-27)

Según Mateo Pérez y La Parra, las dificultades lingüísticas, la pertenencia a guettos culturales y el mantenimiento de la tradición de origen son elementos que actúan a modo de factores de exclusión cultural. Sin embargo, compartir la misma lengua y tradiciones son determinantes de una mayor integración cultural (Mateo Pérez, La Parra 2005). Continuando con una perspectiva macro para analizar el mayor o menor grado de integración cultural en función de la importancia de los informantes le dan al mantenimiento de su cultura, observamos que hay elementos tanto a favor como en contra si seguimos los parámetros propuestos por estos autores, de manera que tampoco llegamos a planteamientos que claramente demuestren experiencias de integración cultural.

Según Ruiz de Lobera, un individuo se integra culturalmente cuando se sigue identificando con la cultura de origen pero valora los nuevos grupos y las concepciones de la sociedad receptora (Ruíz de Lobera Pérez-Mínguez 2004). Son quizá más fácilmente identificables los criterios que propone esta autora, de manera que podemos identificar parcialmente sus propuestas, especialmente en el sentido de continuar identificándose mayoritariamente con la cultura de origen. La segunda proposición, que alude a la participación en nuevos grupos y compartir concepciones culturales la identificamos sólo parcialmente, debido a la exclusión social y al nivel macro al que estamos realizando el análisis de la integración cultural.

Para Tezanos, son factores de exclusión cultural la pertenencia a minorías étnicas, extranjería, pertenencia a grupos rechazados, analfabetismo o baja exclusión y poseer elementos estigmatizantes social o culturalmente (Tezanos 2004). Es evidente que podemos identificar todos estos elementos en los relatos etnográficos obtenidos; según los planteamientos de Tezanos, las cuidadoras inmigrantes están más cerca de una situación de exclusión cultural que de lo contrario.

Entender la integración desde el modelo de adaptación mutua, especialmente desde la interculturalidad, defiende el respeto a la diversidad cultural, abarcando todos los aspectos de la vida, no sólo el cultural. Por ello, según López Sala, la interculturalidad emerge como una fórmula que promueve el principio de convergencia a través de la construcción de una unidad social que pone el acento en los elementos comunes (López Sala 2005).

En función de todos los parámetros que proponen los diversos autores que hemos mencionado, advertimos, de manera general, una situación que no refleja integración cultural, aunque sí evidencia una situación de cambio. En algunas ocasiones también se pueden identificar circunstancias donde comienza a despuntar, de una forma muy incipiente, cierto proceso de interculturalidad; pero es a nivel micro o de entorno doméstico donde se puede apreciar en mayor medida este fenómeno, no a nivel macro, debido especialmente al intercambio cultural que surge al establecerse el diálogo cultural en el ámbito de los cuidados informales. Profundizaremos sobre este aspecto en el capítulo dedicado al diálogo cultural.

6.5.2 Valores subyacentes

La vida en sociedad es una vida en grupo. Así, las personas pasan la mayor parte del tiempo compartiendo algún tipo de actividad en grupo, sea laboral, familiar, de amistad, de reivindicación...Este es un proceso de participación social del que constantemente obtenemos nuevos aprendizajes. Dichos aprendizajes son

fundamentalmente valores; valores que nos orientan para actuar en la vida diaria, para interpretar, jerarquizar, priorizar, etc. Reflexionar sobre nuestra práctica cotidiana, sobre el estilo de relaciones que se mantiene en cada grupo, es el medio para reconocer estos valores. Cuando se da un encuentro cultural, sea en el contexto que sea, lo primero que debe hacer cada una de las partes es reconocer qué valores se comparten y cuáles pueden desarrollarse más (Ruíz de Lobera Pérez-Mínguez 2004)

Intentando conseguir esta labor de autoexploración de los propios valores para conocer y conocerse, nos acercamos a los relatos etnográficos que nos revelan algunos de los valores subyacentes en relación a la cultura mantenida.

C: "Había más hombres que mujeres, y los hombres, en nuestra tierra, no están acostumbrados a meterse en la cocina, cómo se limpia, cómo tienen que ser en la casa. En mi tierra, la mayoría están más para trabajar fuera; la mujer es la que se ocupa de la casa. Y aquí en los pisos hay más hombres que están solos, no tienen esposa y entonces lo que hacen es...no saben cómo comportarse en una casa, claro. Normal es que se vea todo desordenado, un poco sucio...una situación muy fuerte de vivir así. Pero es cuestión de mirar de dónde vienen, las costumbres que han tenido. Por tanto, falta de mirar un poco las condiciones de vida en las que ha vivido antes, o cuando viene aquí cómo vive aquí...tienen mucho que ver ".(CI-4)

C: "Allí nosotros, somos como los gitanos aquí, que quieren mucho a sus personas mayores. Nosotros somos igual. Allí a las personas mayores se quieren mucho, muchísimo; se respetan, se quieren. Allí se vive mucho en familia. No es como aquí, cada uno en su lado y ya está. No, allí se quiere mucho a la familia".(CI-5-6)

C: "Imagínese, si yo llego a abandonar a mis padres, yo no vuelvo más a verlos. Yo, de niña, sólo pensar que un día me faltarían mis padres, yo lloraba. Imagínese si supiera que mi padre está por ahí tirado, o en un centro de esos; eso es mucho más doloroso. Aquí la gente está muy adelantada, pero para lo importante, está muy atrasada. Un hijo nunca debería de dejar de cuidar a un padre, o a su madre. Es la hora de sacrificarnos por ellos ahora también. Queremos en la misma medida en la que ellos lo hicieron, en la que ellos nos criaron y nos quisieron. Esa es la enseñanza que yo tengo". (CI-7)

C: "Aquí las personas que he tratado no son como en mi país, abiertos que dan cariño. Aquí son más, más que lo guardan, por ejemplo el chico que yo tengo es español, yo siento que nos llevamos bien, que él me quiere pero él no lo expresa. Por ejemplo con ella, con la señora que cuido... yo trato de ser yo pero que no puedo ser yo. Por ejemplo, yo compro cosas, la quiero agradar y ella me dice: "no, eso es tuyo" y yo me siento mal porque cuando tú compartes te sientes más feliz".(CI-17)

C: "Mi hermana viene a verme todos los días, nosotros tenemos buena relación desde Ecuador mismo. Nosotros somos 10 hermanos, el uno estaba caído los otros lo ayudamos. Somos muy reunidos, porque mi padre nos enseñó a eso".(CI-20)

C: "Entonces comencé a trabajar por horas que me era más rentable, podía comer en casa, estar con mi marido y mi hija. Esto era lo que más quería porque para mi hija fue muy difícil. Ella estaba acostumbrada a estar con sus primos, con la familia, y de repente venir aquí y estar encerrada en un piso, para ella fue muy duro. Pero ahora estamos más juntas, desayunamos juntas... Por ejemplo, yo incluso cuando llevaba dos años aquí, opté por trabajar sólo medio día, por mi hija más que todo. Porque ella ya es grande, si es verdad, pero los hijos necesitan de uno, entonces yo dejé de trabajar en la tarde y le dediqué todo en tiempo a ella. Es más, ella me lo pedía, me decía que necesitaba cariño, que necesitaba jugar conmigo, contarme cosas... Ahora ya está muy contenta, e incluso cuando yo trabajo alguna tarde me dice: ¿y... tiempo para mí?. Yo también necesito cariño. Gracias a Dios ahora estamos bien, mi esposo trabajando, yo trabajando y mi hija estudiando, estamos bien.[...] Lo que pasa es que a los hijos no les gusta quedarse sin ningún familiar aquí en este país, ni en otro. Allá los familiares viven cerca, por ejemplo, aquí no. Aquí yo he visto que el papá y la mamá vive en Murcia y un hijo en Valencia y otro, por ejemplo, en Madrid, y están acostumbrados a llevar ese ritmo de vida. Pero allá no, allá los tíos, los primos, los hermanos, viven en la misma ciudad. Yo he visto que se han ido los padres y los hijos dicen: "pues yo no me voy, yo me quedo acá" y al tiempo se han marchado ellos también. Yo creo que uno pasa más tiempo con sus hijos y hace lazos muy fuertes de amor paternos. Y entonces, yo pienso que es eso, el amor hacia los padres lo que más fuerza tiene. [...] La mujer aquí trabaja mucho, son muy trabajadoras. También hacen mucho por su familia. Desean darles y por eso trabajan. Pero también, me da un poco de tristeza porque no dedican tiempo a sus hijos y a su familia en general. Eso es lo que yo más he visto aquí".(CI-20)

C: "Trabajaba y cuando tenía vacaciones las pasaba con mis niños, mis padres, mis hermanos. Aquí tengo un hermano también y una prima y otra amiga. Allá el tiempo que no trabajaba la pasaba en mi casa con mi madre".(CI-26)

La etnografía deja patente la presencia de gran diversidad de valores en las cuidadoras inmigrantes, marcados culturalmente, los cuales aluden principalmente a dimensiones educativas, familiares, religiosas, emotivas y de roles.

El capital simbólico está formado por la inversión hecha en entrenar los juicios en cuestiones educacionales, estéticas, religiosas, ideológicas, metafísicas. Básicamente, el capital simbólico puede representarse como una inversión en educación. Es un capital que requiere cierta legitimidad, cierto tipo de aceptación, pero una vez que se obtiene, confiere legitimidad a los juicios de su poseedor (Bourdieu 1998).

Al profundizar en los relatos, percibimos concepciones y valores que en nuestra sociedad posiblemente existieron pero que se han ido disipando poco a poco sin que seamos realmente conscientes de ello. Ese capital simbólico que se identifica en las

cuidadoras inmigrantes legítima pues, el mantenimiento por parte de su poseedor, pero que en nuestra sociedad actual no gozan de la misma legitimidad.

Es necesaria la visión de aquellos que vienen de otro contexto para poder realizar una delimitación más fidedigna de los propios valores que se mantienen en la actualidad. Cuando nos detenemos en ese aspecto, observamos que en valores relativos a aspectos básicos de educación y familia existen grandes diferencias entre las concepciones de la sociedad de origen y la de acogida; tal es así que uno de los motivos por los cuales las mujeres inmigrantes están asumiendo el cuidado informal a personas dependientes y muchos roles del entorno doméstico, es la transformación de parte de estos valores familiares, y sobre todo, la priorización que se hace actualmente sobre ellos.

Uno de los relatos etnográficos de esta investigación refleja de forma fidedigna la tesis que afirmamos. Se trata de un fragmento del discurso especialmente largo, pero que a medida que se lee, van apareciendo matices que completan la idea.

C: " Yo le decía, "no se preocupe", porque él se veía así tan fuerte; él tenía 92 años y se veía muy fuerte. Yo le decía que no se preocupara, que hay que ir viviendo cada día, y a medida que vengan los problemas se buscará la solución, pero no se preocupe, que se solucionará. Pero no nos imaginábamos que el abuelo se fuera a morir. Yo entré a trabajar en Enero, y en Diciembre había muerto la abuela. El abuelo murió en seguida. Yo lo que creo es que las personas nacen para estar juntas, para estar en compañerismo; por eso el evangelio dice que: no es bueno que el hombre esté solo. Si uno se cae el otro se levanta, pero si está solo, quién lo levanta...así que es ahí donde se ve realmente el amor. Uno no alcanza a comprender lo que tiene hasta que lo pierde. Cuando uno pierde, entonces se da cuenta de la soledad, la casa se vuelve grande...[.] Toda la gente que nos hemos tropezado es buena. Ya ves, hay gente que dice que no tienen amistad aquí, que aquí la gente...nos discrimina a nosotros por ser de otro país, que nos trata como aparte, por decirlo así; yo también lo pensaba, pero ya me dí cuenta de que no es así. Uno tiene que dar; uno no siempre espera que le den. Porque yo con las personas que trabajo son maravillosas. Trabajo con una señora que tiene setenta y tantos u ochenta, no sé, y está enferma de depresión. Y ahorita, hoy precisamente me llamó para que hablara con ella. Es una persona mayor, pero me llevo muy bien con ella...las personas lo que necesitan es amor. Si tú les das amor....Si tú tienes un perro bravo, pero si tú empiezas a darle comida, a pasarle la mano, todo eso...el perro se encariña contigo. Nosotros el perro que teníamos cuando nos vinimos se murió, lo dejamos con una familia, y con comida, pero estar solito...el amor es esencial en la vida. Tanto más una persona mayor. Todas las personas necesitamos amor. Tú brindas una sonrisa, te regresan una sonrisa. Tú brindas amor, y entonces lo que uno da, pues lo que da, recibe. Tu profesión es muy buena, porque hay enfermeras que son maravillosas. [..] Hay que ver....el amor es lo más importante, lo que tú pongas...si lo que haces lo haces con amor, tú te sentirás feliz y haces feliz a los demás. Y eso es lo importante, hacer feliz. Cuando tú haces feliz a alguien, tú eres feliz. Hay gente que busca la felicidad...y dice, " he buscado en

muchas partes”, pero la felicidad es lo que tú das a otra persona y la haces feliz. Eso es ser feliz. Voy a ayudar a una persona, una persona que está enferma; lo más probable es que te diga “ Isabel, cómo te parece que hoy mejor, y tal”, y tú le dices, “qué bien, cada día te vas a sentir mejor y tal, coja confianza en Dios y en los medicamentos y ya verá que todo le va a salir mejor”; una palmadita...eso lo sé porque yo lo he vivido, y lo he experimentado, y me he dado cuenta que hablar es lo mejor. Imagínate, yo voy a limpiarle a la señora mayor los martes; son dos horas, pero me quedo hasta las 2 de la tarde, hablando con ella. Y yo le digo que me cuente cosas, de cuando ella tuvo su noviazgo y así, porque a veces la encuentro muy mala, muy mala. Me dice que no tiene aliento, que siente como que su corazón se para. Entonces yo que pongo a hablar con ella, le digo que piense cosas bonitas, que piense en los nietos, en lo que más quiere, que piense...que recuerde cómo conoció a su esposo y cosas así. Cuando al rato llega el esposo, porque cuando yo llego él sale a dar una vuelta, entonces, él ya la consigue con otros ánimos. Entonces dice que hablando se siente bien. Hay que darles importancia, que las personas que sientan importantes, lo que pasa es que la persona no vive lo que yo veo aquí. En nuestro país es diferente. En nuestro país, por ejemplo, el papá y la mamá viven con ellos, y los hijos los cuidan, los sacan, los llevan, los traen...pero aquí yo veo que están muy solitos. Yo he llegado a tomar medicamentos para los nervios porque resulta que la señora hablaba con su hija, que quería ver a su hija. Venía su hija y decía “a ver, qué hace falta hoy, ¿hay que comprar algo?”. Venía su hija y se iba...Yo decía, ¿cómo no le da un abrazo? Hable con su mamá, porque imagínese, claro, eso es muy importante. Y allá yo lloraba y lloraba; yo como que veía, ¿no?, me veía yo viejita...y decía, Dios mío, que mi hija no me vaya a hacer eso porque es terrible. Y a ella, como si fuera un animal, la dejaban allí, bueno, que la atiendan....Cuando me dieron la señora para cuidarla, ella estaba toda quemada; hubo que ponerle pañal. Toda quemada, toda quemada, ¡que a mí me daba dolor! Yo decía, “pero, pobrecita esta señora”. Le compré crema, la lavaba, la bañaba; no la atendían bien. Entonces, en eso también se demuestra el amor por las personas...No hagas a otro lo que no quieras que te hagan a ti. Entonces, si yo quiero que más adelante, me pongan a alguien para atender, entonces, yo quiero atender a ésta bien, y cuando yo recoja....recogeré, porque siembro para recoger. Porque si tú siembras cosas buenas, recogerás bueno. Si siembras cosas malas,no vas a recoger melocotones. Si siembras paja, no vas a recoger melocotones. Entonces hay que sembrar. Y ya la abuelita, curó su heridita; yo sufría al principio pensando en la abuela...sembrar entre las personas...[..] Estoy contenta, sí. He aprendido a conformarme cualquiera que sea mi situación, porque ese es el secreto de ser feliz. Si me paro a quejarme por lo que no tengo, no disfruto lo que tengo. Así que trato de disfrutar lo que tengo. Si me como una fruta me la como con gusto, y si me voy a pasear, pues paseo con gusto y todo eso, y trato de disfrutar lo que tengo. Ahorita disfrutamos. Tenemos un trabajo; bueno, gracias a Dios, lo tenemos y al menos podemos salir a trabajar, y muchos días se me brinda la oportunidad de ayudar a las personas, de dar una palabra de aliento, de ánimo,

con entusiasmo [...]: Pues muchos españoles nos dicen que seamos siendo así como somos, y que más bien contagiemos nosotros a los españoles que ellos a nosotros, porque él dice que nosotros somos como más abiertos, más cariñosos, y en cambio ellos no. Quieren tratar de aprenderlo de nosotros, porque nosotros somos muy cariñosos. Yo le doy besos a los abuelitos y todo eso, y si es un niño, lo abrazo, lo beso...Sobre todo, la española que estoy cuidando por las tardes, son sentamos en el parque en la plaza Santo Domingo, y dos niñas me preguntaron cómo me llamaba; y yo les dije cómo me llamaba, y me vinieron a abrazar. La señora me dijo, "¿las conoce?", y le dije que no..."¿y por qué a ti te abrazan y a mí no?"..pensé que hay que ser cariñoso. Aquí lo que hace falta es como más amor...a los niños no les hacen falta tantas cosas y más cariño y atención. No es tanto lo material y más bien el trato que le des, el tiempo que pases con él, el tiempo que tú le hablas,...no cuestión de cantidad de tiempo sino de calidad, porque si tú estás con tu bebé, y le dices, "mira, esto se hace así", caminamos para la cocina, caminamos para acá, caminamos para allá, y el niño está compenetrado contigo, pues todo eso hace falta para los hijos. Nosotros somos como muy cariñosos, y eso hace falta, es lo que yo veo, y aquí lo son poco. Y los hijos, veo que los hijos no son así con los padres, como que he visto en muchas partes que, por ejemplo, la mamá está parida en la cocina y la hija.., allá que a la mamá se le caiga el oficio. Eso a mí me parece como increíble. Para mí me da como que no lo valoran. Tendrían que valorarlo. Los hijos van para allá como nosotros. Vamos a recibir lo que estamos sembrando. Me dicen las señoras, por lo menos la señora que yo atiende en la mañana, me dice que antiguamente no era así como ahora. Ahora todo es como, más libertad pero menos confraternidad con la familia; se van con sus amigos y todo el mundo trabaja y siempre están fuera. Pero se puede trabajar y todo eso, pero cuando tú llegas a tu casa, dile "Hola mamá, buenos días, ¿cómo le fue hoy?", pero la mamá le puede decir, "mira, se me quemó el arroz", y el hijo, le puede contestar "¡Ay, mamá! No te preocupes por eso" y darle un abrazo, un beso, decirle que la quiere, llevarle un dulce y una flor, cualquier cosa. Entonces la mamá se siente contentísima de decir, "¡qué hijos tengo!". Un caramelo; no hay necesidad de comprar mucha cosa; algo que me acordé y se lo llevé a mi mamá, o al papá o a los dos. Nosotros tenemos esa costumbre. Nosotros salimos y cualquier cosita le llevamos y "me acordé y le traje esto". El cariño se demuestra con hechos y con palabras. Es muy bonito.[...] La situación de aquí, allá es impensable. Y sabe qué pasa, pues que está bien que el hijo tenga a la mamá enferma y no la pueda cuidar; entonces, consigue a alguien que la cuide pero está el hijo para darle el cariño, el amor, lo que necesita...porque los mayores son como los niños. Porque un niño nace y empieza a crecer, y ¿qué necesita el niño?; el niño..ellos, se vuelven hasta groseros y todo porque están llamando la atención porque quieren que lo atiendan, quieren que los acaricien y todo eso; entonces, los mayores, también son así. Ya dicen que uno cuando llega a mayor se vuelve como niño; necesita más cariño. Si se les diera mucho cariño, pues, imagínese, serían felices [...].Interna no me gustaría porque me moriría de tristeza. Yo no puedo. Yo antes estuve como ahora pero a veces me quedaba en la noche porque la abuela no tenía quién la cuidara. Y aún así casi me pasa factura la salud. Ay, sí, imagínese, yo tengo un problema: que yo veo a alguien

sufriente y yo también sufro, y me cargo ese sufrimiento para mí. Entonces, en realidad no me hacen bien. Entonces eso es lo que pasaba con la señora. Lo que a mí me mataba era todo eso, que me decía la señora, los hijos que no la visitaban, todos los días llegaba quejándose, “es que mi hija, es que mi hijo, no se qué...” Me iban a matar. Yo me venía y luego la llamaba. Para mí era muy trabajoso dejarlos ahí solos, en un piso, votados. Entonces eso, eso, pienso que no, no, eso no. Eso no debe ser. Todos somos humanos; y si uno cuida a un perro, lo bañas, lo traen, lo pasean y todo eso...aún más a un ser humano”(CI-13)

Inglehart realizó un estudio sobre el cambio cultural en las sociedades industriales avanzadas, donde se defiende que una democracia estable depende de muchos factores, entre otros, de una serie de sentimientos y actitudes por parte de los ciudadanos, que se convierten en requisitos culturales para una sociedad moderna. Según este estudio, los factores son confianza interpersonal (sentimiento internacionalista y de rechazo al etnocentrismo y de los grupos primarios como fundamento de la sociedad), satisfacción vital (orientación positiva hacia la organización social en la que uno vive) y rechazo a los cambios revolucionarios (Inglehart 1990). Se considera que este modelo completa al planteado según López Sala.

Para poder darse, al menos, la confianza interpersonal y la satisfacción vital que aduce este autor, deben delimitarse los propios valores de cada una de las partes del encuentro cultural y delimitar las posibilidades de aprendizaje mutuo. De lo contrario, ni habrá confianza suficiente, entendida más allá de los entornos domésticos y de la esfera más personal, ni habrá satisfacción ni reconocimiento social de los agentes que han propiciado el cambio cultural como algo eminentemente positivo.

El encuentro entre etnias y culturas implica una situación de interacción simbólica donde no hay posibilidad de retorno hacia la situación anterior, dirigiéndose los grupos hacia una nueva realidad social y erigiéndose como motor de cambio (Soriano Miras 2008).

En este sentido, el capital simbólico que traen las personas inmigrantes puede perder su legitimidad en nuestro entorno, transformarse, o incluso pudiendo llegar a desaparecer.

6.5.3 Mantenimiento de las tradiciones culinarias, lenguaje y rituales festivos

En el siguiente diagrama de ejes hemos relacionado varios aspectos relativos al mantenimiento de la cultura, tales como las tradiciones culinarias, el lenguaje y los rituales festivos. Para ello, hemos seleccionado las respuestas más claras y significativas a las preguntas relativas a las tres categorías mencionadas, de manera que podía conformarse un patrón que estructure y explique la mayoría de los discursos a este

respecto. Se ha diseñado una representación gráfica en la que se manifiesta cualitativamente la relación entre las dimensiones positiva y negativa de cada una de las tres categorías relacionadas entre sí.

Se aprecia una tendencia al mantenimiento de las tradiciones culinarias, al abandono de la lengua o dialecto de origen y de los rituales festivos en el nuevo entorno. También se observa en el centro del diagrama una predisposición a la hibridación en las tres categorías analizadas, especialmente en referencia a las tradiciones culinarias (la posición intermedia está a favor del mestizaje, por ello se sitúa en mitad de las dimensiones positiva o negativa respecto al mantenimiento de ciertos aspectos culturales). Todo ello refleja claramente el cambio cultural que están viviendo como objeto, pero este fenómeno también debe entenderse desde el punto de vista opuesto, es decir, la inmigración como sujeto o motor de cambio cultural en nuestro entorno.

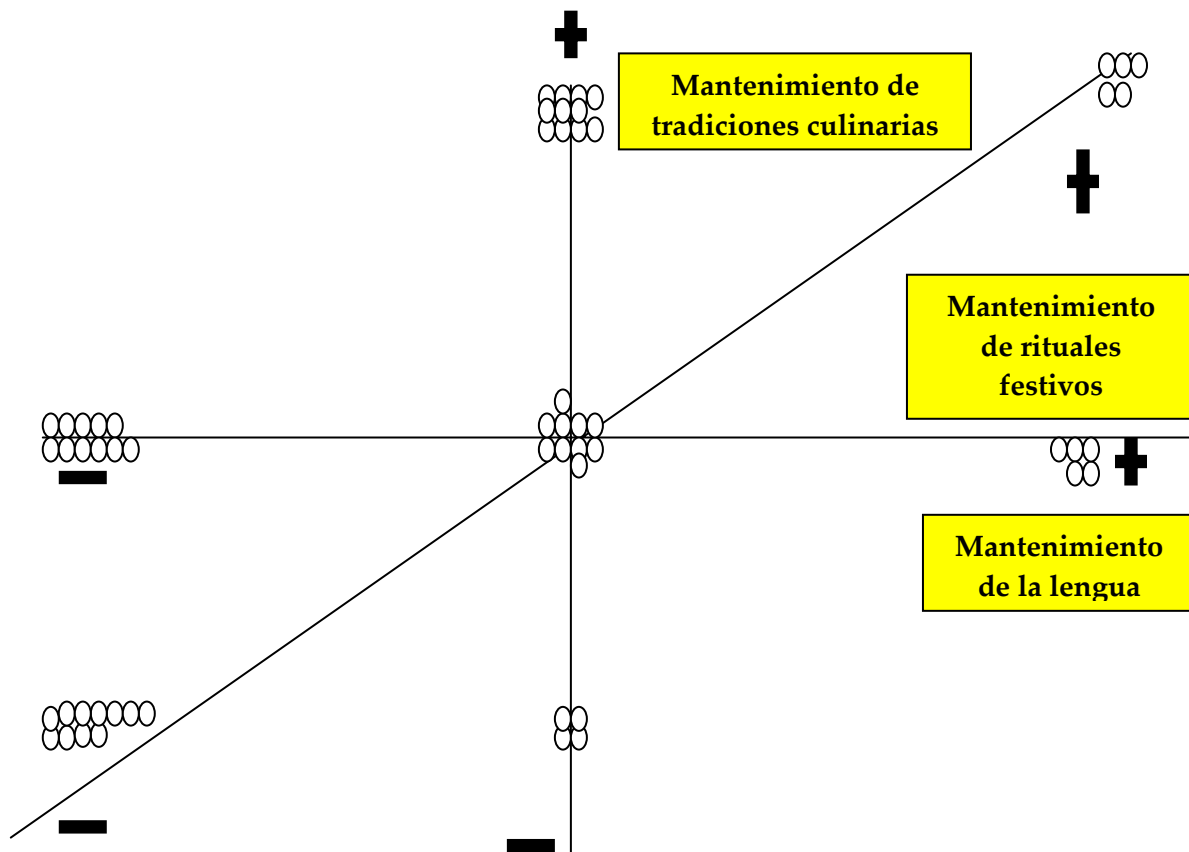


Fig. 6.2 Relación entre las categorías relativas al mantenimiento de lengua, rituales festivos y tradiciones culinarias.

6.5.4 Aspectos educativos en el nuevo entorno

C: " Bueno, la educación, es que yo...le doy la educación que me han dado a mí. Yo, como mi madre me ha educado, sus cosas en su sitio...cada uno, en la educación, yo creo que hay más

educada, hay gente más borde...hay de todo...Las creencias religiosas son las mismas, porque nosotros vamos a la Iglesia, a él le gusta, él canta, participa en todo... bueno, en lo que es valores y eso que me han enseñado en mi casa es lo que le transmito a él".(CI-3)

C": Soy un poco flexible en ese sentido, porque aquí tienen una manera diferente pero sí, yo en la mayoría de las cosas la educo como a mí me han educado y como es la tradición en mi país. Por ejemplo, tratar de usted. No me gusta que a mi jefa le diga de "tú" de voz. Mi jefa siempre dice: no me digas de usted, dime de tú, que parece que me haces vieja o hay falta de confianza. Y en cambio en mi país, tratarlas así es maltratarlas".(CI-4)

C:"El sábado en la tarde vengo a casa para estar con los niños pero no sé cómo vamos a hacer para estar por las noches con ellos. Éste, está todo el tiempo en la calle...aunque van al colegio. Los niños tienen una educación como si fueran españoles, pero no la religión católica. Nosotros rezamos en nuestro idioma. Es parecido, son oraciones parecidas al "Padre Nuestro". Nosotros comulgamos con pan y vino, no tenemos imágenes, sólo iconos. Nuestra misa dura mucho más. En eso sí seguimos como allí".(CI-5-6)

C:" No sé, no sabría decirte. Sólo sé que dependerá del día de mañana cuando me vaya. Si voy a estar aquí, tendrá que acostumbrarse. Pero así tampoco es malo..." (CI-7)

C:" Yo siempre le digo a ella que las costumbres de nosotros, lo veo como algo muy bonito de nosotros, que no perdamos el respeto por las personas. Yo siempre le inculco a ella que cuando hable, "sí, señora", o "bueno, señora", o "buenos días, profesora", "muchas gracias.."(CI-8)

C:" Dependerá de aquí en cierta manera. Depende cómo crías a tu hijo. Aquí yo veo que los niños, desde pequeñitos, como que quieren mandar, te chillan, no respetan. Y eso no está bien. Cuando yo tenga 40 ó 50 años mi hijo no va a venir a tratarme a mí así....no. Entonces es cuestión de respeto. No sé si tú te das cuenta de ese respeto. Nosotros allá, todos los que son algo superior a ti, padres, abuelos,....siempre tienen que merecer el respeto. Con tu hijo tendrás confianza y demás, pero el respeto antes. Lo que quisiera mantener es eso, no es por otra cosa. Yo aquí veo que es diferente. Por eso me gustaría principalmente educarlo y ayudarlo de las dos maneras porque no se debe quedar con una visión nada más, y ¿esto, qué?..."(CI-9)

C:" Mi nieto ahora está en el comedor del colegio. Pero antes, si hacíamos una carne u otra cosa, el niño sólo comía comida boliviana. Este año, ya lo han incorporado al colegio porque la mamá está trabajando y tiene menos tiempo. Entonces, el mismo niño tiene que aprender a comer de todo. Por ejemplo, le cuesta mucho comer pescado. Nosotros en Bolivia no tenemos mar. Consumimos muy poco pescado. Para nosotros la carne roja y la carne blanca. Lo que es pollo y la carne de res. Poco pescado. El pescado solamente cuando es pescado de río, y cuesta muy caro. Como el precio es mayor, pues comemos lo que tenemos más disponible, pollo sobre todo. Pero acá el niño se está integrando, y el niño incluso, me corrige. Le digo por ejemplo:

vamos en el microbús, porque nuestra palabra es microbús. Dice: no abuelita, se dice bus, no se dice microbús, tienes que aprender". (CI-11)

C:" Ay, ojala que no la perdamos, porque yo ya estoy pensando para educar a los nietos. ¡ay!" (CI-13)

C:"Y bueno mi nieta, corrigió a una de las chicas que venía y le dijo, "Patricia, sé educada; espera a que le pongan al resto de personas para empezar a comer". (CI-15)

C:"Por ejemplo, nosotros tenemos un amigo español de la Iglesia que lo invitamos a la casa, es muy cariñoso con nosotros y nosotros aprendemos de él y él de nosotros. Por ejemplo yo a mi hija la veo hablar o actuar muchas veces como él y le digo: que mi hija está hablando como tú, le digo yo así". (CI-20)

Cuando relacionamos capital simbólico y capital económico, como hacía Bourdieu en la sociedad francesa, encontramos también que los inmigrantes son mucho más fuertes en cuanto a capital simbólico que económico, aspecto que los legitima para transmitir sus principios y valores culturales a las futuras generaciones circunscritas al nuevo contexto de vida. Esas ideas sobreviven a través del tiempo por la capacidad de adaptación que ellos mismos les confieren.

La integración es uno de los puntos más importantes del cambio social y cultural en tanto que los hábitos compartidos que constituyen una cultura no sólo fluctúan en su grado de aceptación social, y compiten por la supervivencia, sino que también llegan a adaptarse progresivamente entre sí, y en esta forma suelen constituir un todo integrado.

Nuestros informantes, en ningún momento se plantean la necesidad de la aceptación social de su capital simbólico, pero sin embargo, sí que se preocupan por alcanzar cierto equilibrio con respecto a los valores e ideas del nuevo entorno.

Según Murdock, muchos antropólogos han supuesto erróneamente que los elementos de cualquier cultura están en un estado de integración casi perfecta o de equilibrio, en todo momento. En realidad, el perfecto equilibrio nunca se alcanza. En cualquier momento determinado una cultura exhibe numerosos casos de procesos integrativos incompletos, así como ejemplos de otros que se han completado en forma relativamente satisfactoria. Lo que siempre encontramos es una disposición hacia la adaptación interna, nunca su total realización. Durante un período intermedio, la gente intenta, por medio de la variación, el invento, las tentativas y la copia cultural, modificar las viejas costumbres e ideas para ajustarlas a las nuevas, y ajustar las nuevas a las antiguas, a fin de eliminar incongruencias y motivos de fricción y de irritación. El cambio cultural siempre es adaptativo y constituye un progreso, un devenir inevitable, que acontecerá ligado a la vida humana (Murdock 1987).

Así, pues, identificamos un fenómeno de total perpetuación de los propios patrones culturales pero teniendo en cuenta en todo momento la posibilidad de la adaptación y/o

apertura a las ideas propias del nuevo entorno social donde vivirán las siguientes generaciones de los inmigrantes entrevistados. Tal y como observamos en el apartado relativo a la importancia del mantenimiento de la cultura, volvemos a identificar de nuevo un proceso de inserción cultural, pero no de integración cultural completa.

6.5.5 Predisposición al cambio cultural y procesos de mestizaje e hibridación

Mientras que se valora muy positivamente el mantenimiento de la propia cultura, se percibe a su vez cierta predisposición al cambio, o al menos, a una adaptación cultural al nuevo entorno secundaria al proceso de inserción cultural que hemos identificado. Podemos observarlo en la etnografía que prosigue:

C: "C1: Se están mezclando. Nuestras costumbres no las perderemos porque somos de allí, pero mezcladas nos encanta. A veces hacemos fiesta, y vienen nuestros amigos y les encanta la comida, lo que decimos, se ríen, lo repiten..." (CI-5,6)

C: "No, para mí no. Soy boliviana y eso nadie me lo quita porque lo llevo en la sangre Nadie me lo puede quitar, haga lo que haga, aunque viva muchos años en España. Eso es lo único que heredamos allí". (CI-7)

C: "Necesitaba yo trabajar. Necesitaba un ingreso y casualmente llamé a una señora y dije, mire, "yo estoy recién llegada y necesito trabajar". Ella me dijo, "¿tú sabes las costumbres de acá?". "No", le dije. Porque es verdad, uno no sabe. Yo le dije, "yo sé hacer las cosas de mi casa, a mi forma, pero puedo aprender". (CI-11)

Según Checa, globalmente no existen posturas claras ni a favor ni en contra del mestizaje; pero sí que determinados grupos (los más jóvenes, los de izquierdas, los de clase media alta y quienes se denominan como "hombres del mundo" se inclinan más a pensar que "será favorable" sobre la cultura española; los grupos opuestos (los mayores, de ideología conservadora y clases bajas) tienden a respuestas contrarias, creyendo que afectará de forma muy directa sobre los valores propios (Checa 2004). En nuestro estudio encontramos diversos posicionamientos ante la hibridación y el mestizaje, con cierta apertura al proceso pero incluso llegando a ser descartado de forma casi absoluta. Es una opción que se percibe como parte de la nueva realidad, aunque varía la opinión en cuanto al alcance que se pudiera dar, planteándose dudas sobre una hibridación o mestizaje cultural completo y mucho menos, homogéneo. En este sentido, si no se da el equilibrio que planteaba Murdock, no nos encontramos ante un cambio cultural realmente adaptativo en ninguno de los dos sentidos, es decir, hacia el colectivo inmigrante y hacia la sociedad de acogida. A continuación podemos observar algunos relatos etnográficos que así lo evidencian:

C: " Sí, sí, mezcla sí, claro. Porque hay gente que ya tiene su pareja española y se inclinan bastante por la comida sudamericana o el baile, no sé. Esto, los he visto y sé que hay gente que cambia. Yo tengo una amiga española que era la hija del viejito que cuidaba, y tiene un hermano pero que no se lleva, entonces, y cuando viene se queda bastante; trabaja en el hospital de Albacete pero cuando viene se queda las tardes enteras conmigo y ella dice es que yo creo que ustedes tienen una cercanía mayor con la gente y ustedes se tratan mejor, y nosotros creo que como no tenemos mucho dinero, nos acercamos más a la familia y estamos más juntos, compartimos con nuestras madres, con nuestros hermanos...y así, disfrutamos más, y somos así cariñosos, pues sí.[...] La gente va a ir cambiando también poco a poco. No se si es la gente de antes o la de ahora, pero hay una discriminación bastante fuerte. Pero conforme haya roce y vaya pasando el tiempo, habrá más tolerancia; cuando ya tengamos acceso a un trabajo más digno, más acorde a mis capacidades, irán cambiando las cosas". (CI-2)

C: "No. Más adelante puede ser que sí, que haya una mezcla. Si sigue la cosa como está, que ahora se casan muchos ecuatorianos con españolas o morenos de los que vienen de por ahí también con chicas españolas, pues claro, luego los hijos tendrán las costumbres de un lado y de otro". (CI-4)

C: "Se están mezclando. Nuestras costumbres no las perderemos porque somos de allí, pero mezcladas nos encanta. A veces hacemos fiesta, y vienen nuestros amigos y les encanta la comida, lo que decimos, se ríen, lo repiten..." (CI-5)

C: "No, que las costumbres españolas se empapen de lo que viene de fuera tampoco. Porque la gente que viene de fuera suele respetar lo que hay e intenta acomodarse. Sólo si hay matrimonios mixtos, entonces se respetan las costumbres de él y de ella. Eso siempre". (CI-6)

C: No sé; puede ser, pero no podría decirlo seguro. Pero esos que se casan, muchos, es por interés. Más tardan en casarse que en separarse. Por ahora es así. En un par de meses tienen el divorcio. No hay matrimonios que duren mucho. Se casan por papeles y porque tienen dinero. Es por interés, lo que yo veo. Lo de la mezcla está bien difícil; habrá una o la otra". (CI-7)

C: Claro, sí". (CI-8)

C: No creo...porque mira, es que, hay personas que piensan que, por ejemplo, si me caso con un español, pues tiene que ser alguien que entienda que si a mí me apetece hacer una comida mía, pues tendrá que comer, y si no quiere, pues que se coma otra cosa él. Pero, es que de verdad, que hay personas que yo conozco, matrimonios y así, que son, de forma que los españoles no....sólo lo suyo, lo suyo...que no se casarían con un ecuatoriano nunca. Yo creo que aquí esto seguirá igual". (CI-9)

C: Sí, por eso te digo. Hasta en la manera de hablar...la señora, a veces, con algunas palabras que yo digo, ella me entiende, porque sabe ya qué le estoy diciendo. Por ejemplo, qué se yo...al comienzo decía..." ¿va usted a entrar al baño o a la ducha?" y no nos entendíamos. Entonces ya sé que se dice aseo. Debo aprender a decir "aseo". Pero ella misma me dice ya, "Mirna, estoy

en la ducha, véngase para acá...". Entonces ella misma sabe lo que me quiere decir y ambas aprendemos". (CI-11)

C: Si porque en esa parte casi nosotros los ecuatorianos tenemos casi las mismas costumbres, casi iguales porque nosotros fuimos colonizados por españoles, así que no es mucha la diferencia". (CI-12)

C: Pues muchos hermanos españoles nos dicen que seamos siendo así como somos, y que más bien contagiemos nosotros a los españoles que ellos a nosotros, porque él dice que nosotros somos como más abiertos, más cariñosos, y en cambio ellos no. Quieren tratar de aprenderlo de nosotros, porque nosotros somos muy cariñosos. Yo le doy besos a los abuelitos y todo eso [...] No es tanto lo material y más bien el trato que le des, el tiempo que pases con él, el tiempo que tú le hablas,...no cuestión de cantidad de tiempo sino de calidad". (CI-13)

C: No creo, no. Como el aceite y el agua..." (CI-14)

C: Yo diría que sí; además, uno se tiene que adaptar a las costumbres de acá. Es una buena mezcla, porque tengo una nieta, que es... ¡madre mía!, es...muy especial. Tiene tres años y sabe...mezcla de murciana con costeño, que somos nosotros. Una cría espectacular, lo que sabe, cómo se expresa...con tres años. Creo que sabe demasiado". (CI-15)

Como podemos observar, por parte de las cuidadoras inmigrantes, la visión es muy dispar, aunque la opinión general se decanta más hacia la hibridación y el mestizaje, más por su parte que por la sociedad de acogida. Suelen indicar una serie de premisas y requisitos que actúan a modo de facilitador de dicho proceso de aprendizaje, tales como la proliferación de matrimonios entre inmigrantes y españoles, o el transcurso de un cierto margen de tiempo. A su vez, existen posicionamientos muy cerrados respecto al mestizaje en tanto que, según su experiencia como grupo inmigrante, no identifican posibilidades de interculturalidad.

Por parte de la sociedad de acogida, no hay ningún posicionamiento que considere posible el mestizaje cultural mutuo, ni tan siquiera por parte del colectivo inmigrante. En algunos casos, también si se cumplen ciertos requisitos que pasan por las uniones matrimoniales culturalmente mixtas, puede considerarse posible, pero sin certeza alguna.

Si comparamos la visión de las dos partes implicadas en el proceso de mestizaje e hibridación cultural, mientras que una está más abierta al cambio (grupo inmigrante), la otra apenas lo contempla (sociedad de acogida), y en ningún caso considera que los patrones culturales de la sociedad española puedan empaparse de ideas, valores, costumbres y sistemas simbólicos procedentes de otras culturas. Se trata de un discurso social de rechazo; una visión *etic* de la sociedad de acogida que niega el valor y las posibilidades de enriquecimiento cultural mutuo, que advertimos en la etnografía que

prosigue:

C: *Yo creo que no, creo que no. España es España, y el que venga de fuera tendrá que acatar lo que hay en España. Es mi manera de pensar” (CF-1)*

C: *Pues no sé... ¿nosotros con lo suyo? pues yo creo que no. Vamos, yo no me acostumbro a las costumbres de ellos. Yo también veo que ellos tienen su vida. Allí, al salir por el campo de fútbol, no sé si tú sabes que ellos tienen allí, vamos que se reúnen ellos siempre, y hacen su fiesta, y juegan al voleibol y se reúnen allí. Yo, cuando paso, sólo veo ecuatorianos. Puede ser que haya algún español para verlos, pero son todo ecuatorianos. Y también veo que puede haber algún hombre de aquí que esté con alguna no española, pero mujeres españolas con ecuatorianos, yo no he visto ninguna. Ahora, los hombres con alguna ecuatoriana sí. Yo, hablo por mí, yo pienso que yo no me acostumbro a las cosas de ellos; las puedo tener en mi casa, pero yo, a sus cosas y a sus maneras no me acostumbro” (CF-10)*

C: *Pues no lo sé, quién sabe si a lo mejor se hacen a nuestras costumbres ¿por qué no? Yo creo que sí, por qué no... Si éstas que vienen con el trapo rodeado, que gastan una pieza de género para hacerse un vestido, pues hay algunas ya, que las veo yo, que se van poniendo pantalones, y se van haciendo a las costumbres de aquí, ¿por qué no? Yo creo que sí. ¿Por qué no se van a hacer? Y aunque van limpiando aquí y allá, en su mentalidad dicen, “esto es mejor que lo que yo tenía, estamos mejor”. Eso lo tienen que pensar también, decir que están mejor, pero claro, según en las condiciones que estén porque hay algunos que están en situaciones ya....que no tienen nada, nada más que los brazos, cómo lo pasarán....pues muy mal. Pero si son personas como nosotros. Porque ahora mismo, está Leonor, que es ecuatoriana, y he tenido muchas, de varios sitios, también de Palma de Mallorca, y sin embargo, yo te digo una cosa, que hay que tratarlos bien, porque también en las casas hay gente de todas clases. Yo los trato, y me dan lástima sus cosas, y me da lástima cuando vienen con estos fríos. Les doy un vasico de leche, que me da a mí gloria. [...] Con el tiempo y una caña, todas las verdes verás caer. Si ellas se acostumbran a nuestras cosas y saben sus obligaciones, y tienen caridad....bien, pero si no, hay muchas que no tienen”. (CF-29)*

C: *También están los que están ya tiempo aquí, y todavía los ves con malas costumbres. Y son gente joven aún. Y se tienen que adaptar a las costumbres que hay aquí, pero todavía los ves con ese machismo y con esa cosa. La mujer con todos los críos, y ellos por ahí en otro grupo. Yo creo que, no sé, sí, los críos a lo mejor se irán acostumbrando, pero siempre que se emparejen con alguien que no sea de su mismo país, porque si no...*

C: *Pero ya no es lo mismo si se casa por ejemplo un español con una mora, yo creo que no es lo mismo que si se casa el moro con una española, ¿entiendes lo que te quiero decir? El español, a la mora o la ecuatoriana o lo que sea le puede decir, “oye, mira tú esa ropa quítatela o poco a poco te vas acostumbrando” Pero si es al contrario, o haces lo que yo te digo, o palos. Luego a luego a ver quién se arriesga a tener un crío con un moro de estos que de repente, echa a correr*

y se lo lleva ¿es que es la primera vez que ha pasado? Mi hija aún no tiene novio y todavía no puedo decir que yo no vaya a tener un yerno moro, pero estaría con la sangre aquí (cuello). Qué quieres que te diga...no puedo evitarlo. [...] no sé si se van a adaptar ellos o nos vamos a adaptar nosotros, porque luego a luego... ¿qué está pasando en los colegios? Pues están metiéndose y están haciendo ellos lo que quieren, porque ya ahí ellos son....yo comprendo que un crío tiene que ser uno más, pero tú entras ahí con las mismas condiciones que los demás. Hay gente de aquí que tampoco tiene...y ¿por qué tiene que llevar un crío pequeño 20 bolígrafos para repartirles a los demás? Los ecuatorianos o los que sean, luego van y entran al supermercado y menos yogur para los niños, llevan un montón de cerveza. Entonces ¿yo tengo que pagarle también a esa gente los bolígrafos? Yo no tengo críos pequeños, pero eso de tener que darle a los míos para que le dé a los demás cuando, a lo mejor esa persona de aquí está hasta el cuello, con una hipoteca y un crío o dos, dime tú si puede permitirse el lujo de llevarle para los otros porque son inmigrantes y no tienen...también es abuso, tanto en eso como en los hospitales y en todo. Lástima, de verdad....a lo mejor cuando los veo que llegan en las pateras, madre mía, te da...pero ¿hasta qué punto tienen que dejarse aquello y arriesgar la vida y para acá? Pero luego cuando vienen aquí y se hacen los amos también...o los ves por ahí, de cualquier manera...que lástima, a veces, no me da...según como me pille la vena". (CF-30)

C:" Ellos no van a cambiar sus costumbres ni nosotros vamos a asumir las de ellos" (CF-31)

La etnografía no refleja reconocimiento alguno de la riqueza cultural que suponen los movimientos migratorios, coincidiendo en este sentido con Benavides, quien considera que en España no se reconoce el valor de la inmigración en el orden cultural, sólo a nivel de aportación económica como fuerza de trabajo (Benavides 2005). No se puede valorar lo que se desconoce; posiblemente éste sea uno de los aspectos fundamentales que explican la situación de alienación de los inmigrantes dentro de la propia sociedad y en mitad de un proceso que no sólo ya está iniciado, sino que no tiene vuelta a atrás. La negación al respecto sólo proporciona más herramientas para facilitar el conflicto y no la integración.

Aunque el discurso a nivel macrosocial no reconoce tal posibilidad, sin embargo, en el siguiente capítulo podremos observar que cuando profundizamos en el entorno doméstico, a un nivel totalmente microsocia y aislado del espacio público, de unidad doméstica e incluso personal, sí que se establece una dinámica de intercambio cultural a raíz del cuidado informal.

Hannerz rompe una lanza a favor del cambio cultural, y considera que el actual fenómeno de la globalización que se identifica en casi todas las sociedades del mundo, permite reducir tanto las distancias geográficas como las distancias culturales (Hannerz 1996). Así, Hannerz constata la evidencia de un cierto grado de acercamiento cultural entre todas las sociedades, incluso entre aquellas que están más alejadas. Este postulado

nos permite analizar que las representaciones (etic) y las prácticas (emic) de los grupos culturales son totalmente dispares, en tanto que sí hay cierta experimentación de cambio pero no se ha construido socialmente dicho proceso.

Según López Sala, existe en la sociedad de acogida cierto temor a que el asentamiento definitivo de extranjeros pueda minar la uniformidad cultural y suponer un peligro para la cohesión social, la identidad nacional y la democracia (López Sala 2005). El primer gran escollo que encontramos en este planteamiento es que en ninguna sociedad existe una total homogeneidad o uniformidad cultural y en la misma medida, el cambio cultural tampoco suele ser un proceso totalmente homogéneo. Es cierto que el cambio cultural tiene posibles consecuencias a nivel de integración social porque en cierto modo el proceso de cambio es único, con múltiples dimensiones entre las que se encuentra la social y cultural, pero como hemos observado en la etnografía, el cambio social, a su vez se debe al efecto sinérgico de diversos factores. También advertimos que los aspectos sociales y culturales pueden encontrarse en diferente estado evolutivo dentro de un mismo proceso de cambio, ya que mientras que no se aprecian manifestación de integración social, a nivel cultural al menos existe cierta inserción. Por último, resaltar que la consideración de la interculturalidad o el mestizaje cultural como elementos de ataque hacia la identidad o la democracia defiende un planteamiento que realmente no interioriza la esencia de la interculturalidad, entendida como mecanismo para alcanzar un bien social a todos los niveles, es decir, político, económico, legislativo, educativo, etc...A su vez, posee cierta capacidad de disminuir o controlar las barreras culturales y los rasgos de identidad que, según el enfoque, pueden llegar a construir un tipo de diferencia que deriva en marginación social.

A continuación abordamos la categoría de la actitud ante la identidad.

6.5.6 Actitud ante la identidad

Muchos autores consideran la integración como un modelo asimilacionista, concepto desarrollado inicialmente por la Escuela de Chicago en EE.UU. durante los años 30 del siglo XX. El modelo asimilacionista ha tenido muchas críticas, tales como el afianzamiento de los referentes de la sociedad de origen con el paso del tiempo, además de gran cantidad de detractores ideológicos por constituir un modelo que se contrapone a la ética de los derechos de los grupos a mantener su propia identidad (López Sala 2005). Esta visión se contrapone en cierto modo al planteamiento de la integración entendida como modelo adecuado hacia donde debe dirigirse el cambio social y cultural dinamizado por la inmigración. Si la integración, en última instancia, se contrapone al derecho a mantener la propia identidad, no puede ser entendida como el modelo adecuado de interculturalidad ya que ésta no implica el abandono de aquélla. De todos modos, no podemos rebatir este aspecto con nuestra etnografía en tanto que no hemos podido

encontrar percepciones de integración, pero, sin embargo, sí que hay relatos que identifican y reconocen ciertos rasgos de identidad por parte del grupo inmigrante.

Por parte de la sociedad receptora, no sólo no se considera que exista una integración real de los inmigrantes, sino más bien se detecta una cierta tendencia a minusvaloración de la necesidad de identidad o del mantenimiento cultural de ciertos símbolos identitarios. En este caso, si siguiésemos los planteamientos de López Sala, al no haber integración, no existiría riesgo alguno sobre la perpetuación de los rasgos de identidad cultural; podemos observarlo en los siguientes fragmentos:

C: " También hay que respetarles eso porque ellos añoran lo suyo, y es lógico que lo piensen y que lo hagan, y si hacen sus cosas a su manera, y sin meterse con nadie, sin perjudicarlos, pues yo no veo nada malo. Que no pierdan sus costumbres, lo veo muy bien, pero se tienen que integrar a lo nuestro. Si no, ¿para qué quieren estar aquí?".(CF-1)

C: " Yo, como no lo he visto, no puedo opinar, pero lo veo bien, oye. Ahora, lo que no veo bien, es cuando vienen las marroquíes estas, que vienen con las túnicas esas que llevan, yo considero que si vienen a España, que se quiten la túnica. ¿Estás en tu país?, pues allí ponte tu túnica, pero aquí deben de ir normal y corriente, no como van, que van fatal...eso también lo veo mal" (CF-28)

6.5.7 Identificación con nuevas costumbres y tradiciones

Según Pannikkar, la vitalidad de una tradición se manifiesta en su capacidad de crecer; esto es, de asimilar nuevas experiencias, de adaptarse a nuevas circunstancias y de crear nuevas soluciones sin pérdida de identidad ni de solución de continuidad. Estamos presenciando uno de los momentos de fecundación transcultural más interesantes de la historia de la humanidad. (Pannikkar, R. 1975 en Vicens 1995)

C: "Esto de la bajada de la virgen, que bajan la virgen es igual en mi ciudad. Y la feria también, es igual con los puesticos y los juegos. Eso nos identifica mucho, porque es igual que si estuviera allí". (CI-2)

C: " Bueno, yo, al principio lo veía raro. Cada sitio tiene su forma...al principio me pillaba de lejos pero luego se asume" (CI-3)

C: "Sí. Uno aprende a lo que tenemos acá"(CI-11)

En la etnografía se desprende más adaptación que identificación. Sólo en uno de los relatos se habla de identificación real con aquellas costumbres o rituales que tienen cierta similitud a los de su lugar de origen. Las demás percepciones positivas no aluden especialmente a cuestiones de identidad, sino de adaptación al nuevo medio sin perder

su bagaje cultural, que es precisamente la dimensión que Pannikkar señala como determinante en el momento actual de cambio cultural.

Sin embargo, Izquierdo identifica ciertos puntos negativos en este proceso, analizados desde una dimensión identitaria y cultural; así, plantea que el abandono de la comunidad de origen deja a la misma sin aquellos elementos capaces de liderar el cambio social que toda sociedad realiza, a la par que favorece un estancamiento, una situación vulnerable ante influencias culturales externas, y una ruptura que difícilmente podrá saldarse más adelante, dada la presión permanente y eficaz del medio al que se llega y en el que se espera vivir, triunfar, permanecer, adaptarse y hasta diluirse (Izquierdo Escribano 2002).

Izquierdo alude a aspectos de funcionalidad en la adaptación a la sociedad de acogida, con consecuencias a nivel de identidad tanto en la sociedad de origen como en el nuevo contexto. Coincidiendo con este planteamiento, encontramos en la etnografía cierta visión utilitarista del proceso de adaptación y cambio cultural, llegando a instrumentalizar el propio cambio cultural persiguiendo unos fines que responden a necesidades muy básicas, incluso de supervivencia; puede apreciarse en los fragmentos de los relatos etnográficos que prosiguen:

C: ¡Uh, sí! Mucho. Son parecidas. Nosotros tenemos más tradiciones en las fiestas. Vosotros tenéis para cada nombre un santo, pero en mi tierra hay pocos santos. Algunas cosas cambian, pero otras muchas son igual (CI-5-6)

C: Lo que yo necesito para trabajar es aprender todas las costumbres de aquí. Si no sabes hacer lo que hace la gente española, entonces no te cogen en ningún lado. Si no limpias ni cocinas como ellas, no te cogen.[...] La gente inmigrante viene aquí y nos volvemos egoístas. Cada quien quiere su dinero y quieren salir de su situación, tener más dinero...se hacen más duros de corazón. Cuando estamos en nuestro país, aunque no tengamos nada, a cualquier persona se le da un céntimo si está pidiendo en la calle. Pero aquí no, aquí te ven, alzan la cabeza y se van. La mayor parte de las personas que vienen aquí se dice que son egoístas. Se dedican mucho a beber, a hacer cosas que no hacen en su país...Allá la gente bebe, hay mucho para beber. Allá, los que más beben son los hombres. Pero yo veo que aquí también lo hacen las mujeres, doblándose. En mi país son muchos los que beben, desde los 13 ó 14 años, pero son hombres. Pero mujeres no se ven así. Las mujeres inmigrantes que vienen aquí, se dan a otra vida. No sé..” (CI-7)

C: Sólo por pasarlo bien, pero no me identifico. No significan mucho. [...]No, no sé todavía. Me queda todavía que estar aquí...quita, quita..” (CI-9)

C: Yo creo que no...porque ya..yo creo que no. Si son cosas buenas...tal vez”.(CI-4)

Finalmente, encontramos algunos individuos cuyo grado de identificación es parcial e incluso presentan cierto nivel de confusión respecto al tema, siendo difícil valorar su

propio proceso de identificación con la cultura del nuevo entorno. El factor del tiempo de estancia en España y el desconocimiento de las nuevas coordenadas culturales son elementos que pueden justificar esta situación.

C: Sí, pero se me hace muy difícil las palabras, los nombres de las cosas que en mi país son muy diferentes. Las comidas de aquí...bueno, me gustan".(CI-17)

C: Un poco, porque uno está viviendo aquí". (CI-20)

C: Pues sí, en algunas cosas, sí, por ejemplo en la forma de hablar. En la forma de decir, bueno, diferentes palabras. A veces, yo digo una cosa y no me entienden, entonces yo tengo que acordarme lo que es y ya decirlo como aquí".(CI-21)

C: Ahora sí, pero antes no".(CI-22)

C: Un poco de aquí...no sé... y un poco de mi país".(CI-26)

C: Poco; Hay que aprender, pero no perder lo que se trae" (CI-16)

Las migraciones constituyen un reto para el actual individualismo y para toda la sociedad a nivel cultural, social, religioso, educativo, político, jurídico y económico, siendo necesario destacar la dimensión positiva del fenómeno migratorio a nivel global y romper una lanza a favor de la excelencia social del mestizaje, la evolución cultural y la obtención de bienes derivados, tales como pluralidad, polivalencia, adaptación y diversidad integrada.

Si bien la crisis económica española ha golpeado a la inmigración tanto a nivel de frenar la tendencia al aumento de los inmigrantes en nuestro entorno como en la potenciación de de los retornos a sus países de origen, realmente no está suponiendo una contracción significativa de su volumen (Aja, Arango & Oliver 2011).

Realmente, y al contrario de lo que pueda parecer, la crisis actual española no está reduciendo la importancia de la inmigración en nuestro país, ya que el colectivo inmigrante sigue constituyendo uno de los pilares fundamentales de la fuerza de trabajo, un reto a nivel social y una gran oportunidad de enriquecimiento cultural.

**CAPÍTULO VII.- ETNOGRAFÍA. EL DIÁLOGO CULTURAL EN LOS
CUIDADOS INFORMALES DE SALUD: UN ELEMENTO DINAMIZADOR DEL
CAMBIO CULTURAL Y DE NUEVAS PRÁCTICAS DE SALUD**

7.- ETNOGRAFÍA. EL DIÁLOGO CULTURAL EN LOS CUIDADOS INFORMALES DE SALUD: UN ELEMENTO DINAMIZADOR DEL CAMBIO CULTURAL Y DE NUEVAS PRÁCTICAS DE SALUD

*“Las creencias y prácticas específicas
sólo tienen sentido
como partes de un todo cultural”*

U. Hannerz.

7.1 EL ENTORNO DOMÉSTICO DE CUIDADOS: TRANSFORMACIÓN DEL GRUPO DOMÉSTICO Y LUGAR DE ENCUENTRO CULTURAL

Nos centramos en el entorno doméstico, ámbito natural de los cuidados informales para analizar el encuentro cultural que se produce entre cuidador inmigrante, persona mayor dependiente y su familia.

Es fundamental recordar la influencia cultural que ejercen los diferentes saberes y prácticas de salud al modular la decisión de la mayor parte de las opciones asistenciales frente al proceso salud/enfermedad/atención, y que acontecen en el entorno doméstico.

Planteamos si tal vez podemos aprender algo en ese encuentro, entender y aceptar determinados modos culturales de sanar en armonía con la Biomedicina, en un contexto de cuidado informal y doméstico.

Así, al acercarnos al entorno doméstico, el primer elemento, que resulta imprescindible estudiar es la configuración del grupo doméstico y familiar, que adquieren una nueva estructura.

Encontramos tres grandes tipologías de grupos domésticos en los que identificamos la figura del cuidador inmigrante. El primero es un perfil de grupo doméstico donde el cuidador inmigrante está en régimen interno y es la única persona que no pertenece al grupo familiar. El segundo, se trata de un perfil de grupo doméstico donde el cuidador inmigrante y su familia nuclear están en régimen interno donde la persona dependiente es la única persona que no pertenece al grupo familiar de la cuidadora inmigrante. El tercer tipo es un grupo doméstico donde la cuidadora inmigrante está en régimen externo y no convive con las personas dependientes a las que cuida (no suele haber una sola persona y

el nivel de dependencia no es muy alto). En todos los casos la persona mayor permanece en su domicilio.

7.1.1 Nueva estructura familiar y grupo doméstico

I: "¿Te sientes integrada en el medio familiar? Es que realmente en tu caso, es la anciana la que está en tu familia y no al revés

C: Sí que hay integración de la familia, es la anciana la que está interna en mi familia. Es una bendición de Dios la abuela para mí, y por eso trato de darle todo ese amor que yo tengo. Como ya nadie le da la mano ni un beso, pues yo lo sé y le doy todas las noches un beso en la frente; entonces mi hija también quiere darle y tengo que subirla a la cama para que se lo dé. Cuando no encuentro la muñeca de mi hija, voy a la mano de la abuela porque ha ido mi hija y se la ha dejado allí. Es como algo nuestro." (CI-2)

C: "Yo estuve casi los 9 meses de embarazo trabajando, cuidando a este señor mayor. La señora me cuidaba como si fuera su hija, vamos, casi me cuidaba ella a mí.

I: ¿Te sentías integrada en el medio familiar?

C: Sí, sí,

I: ¿Eras uno más de la familia?

C: Sí

I: ¿Piensa usted que la familia en conjunto es distinta al haber una persona de fuera ahí?

C: Yo no lo he notado, yo creo que no" (CI-3)

I: "Tu familia ¿piensas que es diferente porque vive la anciana ahí y vosotros en su casa?

C: Para mí es mejor; sí, diferente pero mejor. Y los hijos de la señora muy cariñosos. Decían que se me veía buena persona. Los hijos se admiraban del cambio que ella dio de pronto. Y ellos, también muy agradecidos, porque decían: Ana, no sé cómo aguantas, porque es que nosotros que somos sus hijos ya no la aguantábamos a nuestra madre, que es que se ponía muy mal. La abuela le decía a sus hijos: vete a tu casa, que yo estoy con mi hija y no quiero estar con nadie más. Y no quería que ellos fueran. Y ellos, agradecidos y contentos de ver que su madre ya estaba mejor y que podía alguien estar todos los días con ella, y yo me quedaba a dormir. [...] Los hijos muy agradecidos, me dijeron que cuando necesites un certificado de que te conocemos, pues ya sabes que aquí estamos, porque tú te has portado mejor que una hija con una madre, te has portado muy bien con ella, lo has hecho muy bien, y nada, pues ellos muy agradecidos, y hasta ahora siempre nos vemos, y me preguntan ¿estás trabajando?, Si tú vas a encontrar trabajo donde vayas porque tú eres muy buena. Y me dejaron viviendo en su casa durante tres meses me quedé ahí, hasta que consiguiera un piso y no me cobraban de luz ni de agua, ni de nada. Se portaron muy bien; me pagaron el sueldo entero, aunque habían pasado 4 días desde que yo cobré cuando la muerte, y me pagaron todo el sueldo" (CI-4)

C5: "Depende de la gente que encuentres, porque a mí me ha pasado que comía con ellos en la mesa, estaba con ellos como uno más de la familia. Luego tuve un abuelo que estaba en su casa con mis hijos, con mi madre... como si estuviera en la misma familia. Nadie me trataba como si fuera un ser del tercer mundo o no se qué... no; me trataban igual que uno suyo más de la familia. A lo mejor más, porque me iba a casa y se ponían a llorar y se pasaban el día hablando por teléfono conmigo, y yo ahí... o sea, he tenido suerte; [...] Y yo estaba allí con mis hijos viviendo interna, bueno, parecía que el que estaba interno era el abuelo. Vivíamos los 3 con él.

I: ¿Os sentís integradas el medio familiar donde trabajáis?

C5: Yo me encuentro muy a gusto. Al principio, a lo mejor no soy tan cariñosa... la gente de Ecuador es muy cariñosa y suele buscarlas la gente por lo cariñosas, y porque hablan despacio y tienen paciencia con los mayores. Yo soy más nerviosa y a lo mejor, al principio, chocaba mucho. Las personas que cuido son personas muy cultas, que han viajado mucho y saben muchos idiomas. Él ha sido militar toda la vida y son muy serios y así... a veces pensaba yo que a esta gente le habían dado un limón vacío para desayunar, y eso con el tiempo, pues me he ido acostumbrando. Aparte de que estoy muy cansada, pero muy a gusto.

I: ¿Os tratan como a uno más de la familia?

C6: Ahora sí, pero antes, no" (CI-5,6)

C: Aquí viven dos señoras y el señor, que es minusválido. Además, mi marido y mi hijo

I: ¿Piensas tú que al estar vosotros aquí, la familia puede ser distinta?

C: Distinta en algunas cosas sí; en otras, es igual.

I: ¿Te sientes integrada en la familia?

C: Sí

I: ¿Te tratan como uno más de la familia?

C: Sí

I: ¿Tu relación con la familia, es buena por tanto?

C: Sí, tanto con los que viven aquí, como con los que vienen" (CI-9)

I: " ¿Le trataban como a uno más de la familia?

C: No me trataban ni bien ni mal

I: ¿Cómo era la relación con la familia?

C: *La hija no pasaba de decir ¿cómo estás? Estoy bien...o de decir, esto tienes que ponerlo allí o acá; a veces contaba si iba a ver a unos amigos que eran matrimonio, o a una fiesta...cualquier cosa.*

I: *¿Te llegaron a recompensar o a reconocer tu trabajo?*

C: *No. Quizá con confianza porque me dejaban dentro de la casa y todo disponible, pero no por lo demás.*

I: *¿Piensa usted que el hecho de que haya en casa un cuidador de fuera hace que la familia sea diferente?*

I: *¿Te sentías de la familia?*

C: *Sí.*

I: *¿Piensa usted que cuando el cuidador forma parte de la familia, la familia es entonces diferente?*

C: *Aquí, yo estaba sola. No estaba con nadie más. Yo los atendía y todo eso. Me sentaba a comer con ellos; ellos querían. A mí no me gustaba. Yo prefería darles la comida a ellos primero. No me sentía bien cuando tenía que hacerlo. Yo intentaba sentarlos a ellos dos juntos. La abuela no podía comer; era más lo que tiraba que lo que comía. Entonces yo, para que ella comiera, prefería triturárselo y dárselo yo con la cuchara para que lo tomara mejor. Allí estábamos los tres; los dos abuelitos y yo. Eso es lo que me daba tristeza, porque yo veía que necesitaba a su familia, sus hijos, su sobrino. Que les hacía tanta falta el cariño como a mí.” (CI-13)*

C: *“Una vez, hace ya unos 5 años, bautizamos a una de mis nietas. Cuando acabamos, le dije a mi hijo, mira, que la abuela la quiere ver. Cuando llegamos el domingo en la noche, le dije a mi hijo que me llevara, allá a las Torres, donde vivía la abuela. Así que subimos con la cría y estuvimos allí. [...] Cuando ya falleció ella, a mí me dio tan duro, tan duro...que en un año no me recuperaba; y de trabajo, yo decía: madre mía... Y de pronto, por agradecimiento, este señor me ha dejado allí trabajando en la casa con él, porque la señora se lo dijo a su hijo 8 días antes de morir, que ella estaba consciente todavía. [...] El anhelo de ella era que yo fuera a ver a mis hijos pero que no la dejara, y me pedía que hasta que muriera ella yo no me fuera para Colombia; el fin de semana que iba a salir, ella ya estaba llorando.*

I: *¿Tienes relación con los vecinos?*

C: *No mucho, porque como es una urbanización de Chalets, pues sigo viviendo donde la señora que cuidaba antes, allí cada cual va a lo suyo y no tengo contacto” (CI-15)*

C: *“Yo siento que allí a la abuela le cogí cariño. Ella a mí también me cogió cariño porque ella tuvo más mujeres pero casi a ella no la trataron como yo la trataba a ella. Yo conversaba, la peinaba, nos poníamos con ella a jugar al mus, a las cartas, y ella decía que con las otras*

empleadas, con las otras mujeres que tenía ella no se sentía así. No te vayas, me decía. Digo, abuela, yo tengo que irme los sábados porque yo libraba los sábados. Y ella me decía no te vayas, porque tú me haces falta. No te me vayas, me decía.” (CI-16)

I: ¿Él necesita de cuidados, que le ayude a ducharse, vestirse...?

C: Hay temporadas que sí, y hay temporadas que no. Como anda mal de las piernas. Hace uno o dos años estuvo internado en el hospital, de una neumonía que le dio. Estuve 17 días sentada día y noche con ese señor, yo se lo hacía todo porque él se lo merece, porque me ayudó cuando lo necesitaba. Yo le digo: usted me ha echado la mano y yo si usted y su familia me lo permite estaré con usted hasta el último momento de su vida. Él tiene familia en Guadalupe, tiene su señora pero están separados, sus hijos allí también, pero yo con los hijos tengo poca relación.

I: ¿Se siente usted aquí de la familia?

C: Yo sí, con José sí, pero con la familia de José no, porque me marginan mucho” (CI-18)

I:” ¿Te sentías como de la familia allí?

C: Pues sí, me acogían, me decían todo: no tengas miedo, ven a sentarte conmigo a la mesa con nosotros. Y yo ahí estaba, que me daba un poquito de vergüenza, pero tenía libertad” (CI-21)

En los grupos domésticos donde el cuidador inmigrante es interno, independientemente de que haya más personas pertenecientes al grupo familiar tanto de la cuidadora como de la persona dependiente, encontramos relatos que principalmente hablan de integración en el grupo doméstico. Se trata de una nueva estructura que no siendo familiar sí cumple todas las funciones de ésta, aún cuando los lazos de parentesco no se dan entre todos los miembros que conviven. Un fenómeno que ha aparecido en numerosas ocasiones es encontrar a una persona mayor dependiente que vive sola en su domicilio y es atendida por una cuidadora inmigrante que trae a su propia familia, conviviendo todos finalmente en el domicilio de la persona a la que cuida. En estos casos, resaltamos especialmente los beneficios a nivel de cuidado y de calidad de vida que tienen para las personas mayores, destacando especialmente los aspectos afectivos y la dimensión emocional de cuidado, no ya sólo por parte de la cuidadora, sino por parte del resto de miembros de su familia. Cabe resaltar, en este sentido, lo mucho que aporta el contacto de los niños con una persona mayor, especialmente en los casos de demencia, disminuyendo claramente los brotes de agresividad. La permanencia dentro de un grupo familiar tiene claras ventajas en procesos de demencia. Creemos que estos aspectos deberían desarrollarse en otras investigaciones. A su vez, en los discursos de las cuidadoras que pertenecen a este perfil, se alude constantemente a términos de parentesco para identificar los roles de cada uno (abuela, madre, hija, nieta...), aspecto que nos

sugiere haber encontrado un grupo familiar y no sólo un grupo doméstico. Si bien el grupo doméstico es una unidad económica y social donde se comparte la vivienda, y la familia es una institución o grupo que convive y tiene lazos de parentesco, las nuevas estructuras que encontramos a nivel de domicilio presentan las características de ambos.

En las cuidadoras inmigrantes subyace la idea de familia extensa, ya que es la forma predominante de la institución familiar en sus países de origen. De alguna manera, aquí se reproduce esa estructura, sustituyendo algunos miembros de la familia que permanecen en sus países por las personas a las que cuidan aquí. Respecto a esta tipología de familias-grupos domésticos, queremos resaltar la idea de reciprocidad en relación al cuidado, aspecto que emergía en los discursos de las cuidadoras familiares cuando estudiamos las dinámicas del cuidado informal en un capítulo anterior. Con ello, entendemos que se desprenden connotaciones del cuidado que son propias del cuidador familiar y menos comunes en una persona que se contrata para ejercer esa labor, de manera que la implicación va más allá de lo personal, abarcando lo propiamente familiar. Se confirma, por tanto, el principio de reciprocidad que defendía Levi Strauss, entendido como un hecho social total ligado a la institución familiar (Lévi-Strauss 1974). Así, nos encontramos ante una nueva estructura familiar que incorpora algunas variantes y cambios, pero que sigue manteniendo su funcionalidad.

Este nuevo grupo doméstico-familiar viene a defender el funcionalismo de la familia y el modelo familista de atención a las personas mayores, pero es necesario tener en cuenta que en este fenómeno subyace un importante fenómeno de cambio social y una mercantilización invisible de los cuidados informales. Se trata de cambios estructurales que, permiten reorganizar las instituciones familiares para seguir cumpliendo todas sus funciones y permitiendo lo más importante de todo, que es la relación personal y el trato humano.

En cuanto a la tipología de cuidadora inmigrante interna en la familia de la/s persona/s dependiente/s, también se alude a integración, pero con un proceso que en muchos casos requiere más tiempo. La integración no se extiende al resto de miembros de la familia que no conviven, sino sólo al grupo doméstico. Se reproduce la estructura de una familia nuclear, no de una familia extensa, y quizá por eso la sensación de vínculo es menor que en la tipología anterior. También se alude a términos de parentesco, a la reciprocidad en el cuidado, acogida, necesidad y libertad en el entorno doméstico. La acogida siempre precede a la integración, y en este sentido se sigue en proceso lógico en el movimiento migratorio. Por otro lado, la sensación de necesidad de la figura de la cuidadora implica una relación de dependencia personal, que va más allá de la propia actividad de cuidar. De nuevo, aquí, se traspasan los límites de una actividad laboral para demostrarse que lo que más se necesita es la presencia y el trato humano. Por último, destacar el hecho de que una persona hable de libertad cuando trabaja las 24 horas del día

en un entorno totalmente invisible, y que en la mayoría de los casos se trata de personas ilegales. Este aspecto tiene connotaciones de pertenencia y de bienestar en el entorno donde vive y trabaja, aspecto que influye mucho en los cuidados que provee.

Cuando la cuidadora inmigrante en régimen interno habla de integración en el grupo doméstico-familiar en todos los casos la integración se circunscribe a nivel microsocioal, pero en ningún momento hacen alusiones a nivel de integración macrosocioal. Se trata de pequeños grupos integrados internamente, pero aislados socialmente entre sí. Este aspecto ya surgió en el análisis etnográfico de los aspectos generales de la inmigración.

El tercer tipo de cuidadora, aquella que está en régimen externo, en ningún momento habla de integración, sino todo lo contrario, y suele coincidir con algunos de los relatos que expresan experiencias negativas. En éstos, aparecen connotaciones relativas a la discriminación e incluso al racismo que bloquean toda posibilidad de establecimiento de vínculos personales y de integración familiar.

C: "No me he llegado a integrar en la familia porque no me han acogido" (CI-7)

C: "Estoy cómoda con la señora que estoy trabajando. Ella es profesora jubilada. Tiene 94 años y tiene mucha vitalidad. Está muy estable y bueno, nos vamos ambientando. Solamente ella y yo estamos en la casa.

I: ¿Se siente usted integrada con la familia?

C: No; con la señora, aunque no mucho, de alguna manera; la relación es más humana, es más cotidiano, entonces nos relacionamos, pero integrada no" (CI-11)

I: "¿Te sientes integrada?

C: No.... (Contesta con un gesto...)

I: ¿Te sientes cómoda aquí?

C: Ni bien ni mal, no voy a decirles nada, pero la razón perfectamente la tengo" (CI-27)

Existen factores culturales, tales como el familismo, el personalismo y el jerarquismo, que pueden crear situaciones de conflicto en los entornos domésticos (Losada, Knight & Márquez 2003). El género y la posición que se ocupa en la estructura social debido a la inmigración son determinantes a este respecto, modulando en gran medida la situación de la cuidadora inmigrante en términos de precariedad e inferioridad. El facilismo es el que más nos interesa en relación al entorno doméstico; éste parece estar más presente en las culturas hispanas que en las anglosajonas, y refiere fuertes sentimientos de lealtad, reciprocidad, solidaridad, aludiendo también a la división de

papeles dentro de la familia. Como hemos podido observar en la etnografía, las cuidadoras inmigrantes estudiadas tienen un fuerte sentido del familismo entendido en los términos a los que alude Losada, produciendo y reproduciendo microsocionalmente en nuestro entorno su idea de estructura familiar de origen. En muchas ocasiones, las circunstancias legales impiden la reunificación familiar y en situación de irregularidad, normalmente incluyen en sus estructuras familiares a los hijos nacidos en España.

Al analizar las funciones que cumplen estos nuevos grupos doméstico-familiares, nos cuestionamos dónde queda el papel de la familia de las personas dependientes que tienen un cuidador inmigrante. En la mayoría de ocasiones, la familia delega la mayor parte de los roles en la cuidadora inmigrante, de manera que se trata de una verdadera sustitución de roles ligados al parentesco. ¿Nos encontramos entonces ante una familia disfuncional en la actualidad? Ante esta cuestión, no podemos lanzar una máxima generalizable aún. Sólo podemos resaltar que en presencia de cuidador inmigrante en régimen interno, la familia de la persona dependiente no es quien cubre las funciones que le son propias. Sin embargo, existen aún (aunque no sabemos si por mucho tiempo) muchas cuidadoras familiares que asumen el rol de cuidador principal y responden al modelo tradicional familista de cuidados. Son las dos formas actuales de cobertura domiciliaria de necesidades ante la dependencia, que como vimos en un capítulo anterior, no difieren en su dinámica, independientemente de la existencia o no de vínculos familiares. La atención familiar está amenazada simplemente por el paso del tiempo, ya que las cuidadoras familiares presentan mayoritariamente una edad bastante avanzada y pertenecen a una generación de mujeres que no trabajaba fuera de casa.

Resulta interesante analizar en la etnografía las referencias que hace el cuidador inmigrante sobre la atención que prestan las familias a las personas dependientes, llegando a identificarse situaciones de descuido y abandono de la relación personal y total delegación de roles a la cuidadora inmigrante, como observamos en los párrafos que prosiguen.

C: "En verano, sus hijos no eran capaces de cogerlos. Los abuelos son como los niños; andan, pero si no los coges, se caen. Un mes y medio inmovilizado el abuelo, tuvieron que operarlo y ponerle un injerto para restaurar la caída y todo. Se les cayó el abuelo a sus hijos. Pero están mayores, y a esta edad para operarlos.... Cuando al abuelo lo han dejado solo, pues se ha caído y está todo lleno de moratones. Pensé que se moría de esa caída" (CI-5,6)

C: "Si tu necesitas a alguien para que se quede con tu madre porque tienes muy poquito tiempo, y tú le pagas a alguien para que se quede, por lo menos, si tienes un ratito, te acercas a ver a tu madre y te tomas un café con ella o un vaso de agua, y la ves. Yo aquí no he visto esa clase de personas. Aquí, contratas al cuidador y ya está" (CI-9)

7.2 OTROS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD: REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS

Para comprender las prácticas y las ideas que se articulan en torno al proceso salud/enfermedad/atención en el caso de las cuidadoras inmigrantes en nuestro entorno, es necesario conocer las características principales de los sistemas que hay para atender a la salud en sus países de origen, puesto que las prácticas de autoatención y autocuidado están determinadas por ellas en gran medida, y tienden a reproducirse en nuestro entorno

7.2.1 Atención a la salud en la sociedad de origen

C: "En mi casa, todo ha sido más natural. Para el dolor de barriga, manzanilla. Mi abuela tenía una gran planta de manzanilla. Mi abuelita es que es una persona que sabía muchísimo de medicina natural. Es incluso matrona, sí, partera; ha ayudado a nacer a todos nosotros y también a mucha gente; ella es la del barrio, todo el mundo va donde ella. Ella más bien ha curado con medicina natural, y la gente no ha hecho falta que vaya a los médicos ni nada. Hay un centro de salud pero para los domingos, para que se vacunen los bebés, pero para otra cosa no hay. Ella sabe mucho, Cuando hay una herida, dice que la orina cierra mucho, que cierra. Y es verdad, cuando yo era pequeña y vivíamos en el campo, mi padre o yo, nos heríamos en el dedo, mi mamá nos decía que había que poner un poco de orina. Ella cogía, se orinaba y nos echaba en el dedo; y déjate que se seque. Al otro día la herida estaba seca. Cosas así" (CI-4)

C: "El Gobierno aquí nos da la atención de salud gratuita y en nuestro país no lo tenemos. Allá en nuestro país tenemos los hospitales públicos, pero también son pagados, porque nuestro país es muy pobre. Las donaciones que nos hacen otros países, efectivamente ayudan, pero no como para esa cantidad de población, que todos necesitan una atención médica. Para empezar, en Bolivia tenemos una nutrición tan mala, que desde que nacemos somos personas muy delicadas, muy enfermas; venimos ya desde el embarazo con muchas enfermedades. El bebé ya nace débil. Tenemos un problema de futuro, de muchos años. [...] Si acaso nos enfermamos e ingresamos en el hospital, tenemos que pagar toda nuestra curación, todas las operaciones, o sea, todo pagado" (CI-11)

I: ¿Por qué hay tantos remedios caseros allí?

C: Porque hay mucha tradición.

I: A parte de eso, ¿hay curanderos?

C: Sí hay muchos. Ellos te indican remedios naturales, cosas de la tierra que te sanan más rápido que la medicina de un médico. Ahora si se trata de una infección o algún problema en el que hay que operar, pues un curandero no te va a sanar pero sí hay muchas cosas. Por ejemplo, personas que tiene pequeños tumores como yo que tengo miomas tomo un remedio y se me

ponen totalmente pequeñitos que no siento dolor ni molestias. Preparo la amelasa, la remolacha cruda picada se la echas a la amelasa y da muy buen resultado. Ese preparado engorda, entonces yo lo tomaba por un tiempo, descansaba tres o cuatro meses y volvía a tomarlo” (CI-17)

C:” C: Allí se utilizan los dos, lo natural y los fármacos. [...] Yo no lo veía pero sí hacen curanderismo. Hacen rezos para espantar a los malos espíritus o algunos tipos de enfermedades como el mal de ojo. Como yo no iba por allí no lo conozco, pero sí, existe el mal. El mal existe. Y la gente que está desesperada, va a estas cosas. Pero si tú no crees, no pasa nada”. (CI-21)

En estos fragmentos podemos observar que las prácticas de salud ante el proceso s/e/a son de diversa índole, acudiendo muy poco al Sistema Biomédico, no ya sólo por motivos de eficacia terapéutica sino por el elevado coste de la atención sanitaria formal. Paralelamente al desarrollo de la Medicina científica ligada a elevados costes, se ha ido manteniendo y desarrollado todo un corpus de creencias y prácticas en relación a la salud respaldadas por el medio social y la tradición cultural que ha marcado en gran medida el tipo de prácticas de autoatención y cuidados informales de estos cuidadores. Así, el patrón de elección de un sistema u otro de prácticas de atención a la salud viene determinado por el tipo de problema de salud principalmente. Están muy familiarizados con situaciones ante las cuales pueden poner en práctica distintos sistemas de forma complementaria, como ocurre en otros países como China o Japón, donde combinan la biomedicina con la Medicina Tradicional China según la tipología del problema.

No todas las prácticas de atención a la salud basada en el consumo de productos naturales o plantas, así como las prácticas de curanderismo están respaldadas por sistemas legitimados de Medicina Tradicional o Medicina Popular. Así, aunque nos encontramos ante un claro fenómeno de pluralismo asistencial en sus países de origen, no hay una representación social a nivel ideológico en tanto que el sistema Biomédico es el único que sigue estando legitimado.

En cierto modo también podría decirse que se tienden a reproducir en nuestro entorno las claves culturales que explican los fenómenos de autoatención en América Latina. Según Menéndez, *“las sociedades latinoamericanas caracterizadas por sus crecientes niveles de “pobreza”, por una constante y discontinua desfinanciación de los servicios, por un permanente y creciente proceso de migración, etc...., incorporan nuevas pautas de autoatención que incluyen prácticas y representaciones producidas por la sociedad dominante. El proceso de apropiación generado por los sectores sociales subalternos supone sintetizar los saberes procedentes de diferentes matrices socioculturales y técnicas que se traducen en nuevos saberes populares. Para algunos autores esto conduce a una subalternación de las características “propias” del saber popular, cristalizando aún más su situación de dependencia; para otros supone una transformación del saber que no anula su potencialidad de reacción y de autonomía relativa. Este proceso es el que posibilita que el sistema delegue en esta*

estructura de autoatención gran parte de sus responsabilidades sociales en el área de salud, incrementando la importancia dada al autocuidado o más frecuentemente dejando que las prácticas de autoatención se hagan cargo funcionalmente de actividades que el Sistema Sanitario y en general la sociedad dominante no generan” (Menéndez1992).

No debemos olvidar que son las mujeres de América Latina las que cogen el testigo del cuidado informal en España, especialmente en la atención a personas mayores dependientes, y por ello cobra sentido recuperar los planteamientos de Menéndez, en tanto que son los idearios culturales y sociales los que vienen con las mujeres que ahora desempeñan la mayor parte de las actividades de autoatención y autocuidado a dependientes.

Al leer las palabras de Menéndez creemos que en cierto sentido en España empieza a ocurrir un fenómeno similar al de América Latina en cuanto a la responsabilidad que recae en el cuidado informal respecto a las personas dependientes o crónicas. Además, las mujeres inmigrantes procedentes de América Latina tienden a reproducir el mismo esquema aprendido en su país, siendo ellas las que asumen ahora el cuidado informal y la autoatención en España.

Según Moreno, las condiciones de la atención sanitaria desde el sector formal de cuidados condiciona en gran medida la proliferación y potenciación de los fenómenos de autoatención y autocuidado desde el sector informal por parte de los inmigrantes (Moreno Preciado 2008). Este aspecto puede actuar como un factor que favorece y apoya el desarrollo de la autoatención y el autocuidado en los entornos domésticos donde ejercen el cuidado informal hacia personas dependientes, constituyendo otro determinante para la reproducción de muchos patrones de comportamiento cultural en relación a la salud en España.

Pero las prácticas de autoatención, según Menéndez, también se modifican en tanto que el saber de los conjuntos sociales no es algo fijado culturalmente sino que su cualidad básica es la reestructuración continua a raíz de la incorporación de nuevas técnicas, productos o creencias que se integran en el saber existente (Menéndez 1992).

Siguiendo a Osorio, constatamos que ambas *“pueden ser complementarias, conflictivas o incluso contradictorias, pero coexisten y tienen una coherencia interna, son operativas, pragmáticas y funcionales; reflejan una síntesis de saberes que corresponden a diferentes modelos médicos relativamente diferenciados entre sí, en particular de la biomedicina y de la llamada medicina tradicional”* (Osorio Carranza 2001).

Se trata de un hecho que demuestra en sí mismo el establecimiento de un diálogo cultural que posibilita el intercambio de saberes y prácticas de salud como exponente de

intercambio cultural, mestizaje, enriquecimiento e hibridación cultural.

A continuación abordamos algunos ejemplos de gran valor etnográfico, donde se recogen algunas prácticas de Medicina Tradicional que conocen y siguen empleando las cuidadoras inmigrantes en nuestro entorno. Comenzamos estudiando los discursos de aquellas que continúan aplicando este tipo de prácticas de salud no sólo con ellas mismas o en su familia en el nuevo entorno, sino a también a la persona mayor que cuidan.

C: *Pues mira, para cuando se tiene parásitos (la ameba en el estómago) cogemos la cáscara de la granada la hervimos y nos tomamos el té. También un té de ajo picante y zanahorias mata los parásitos. Para los dolores musculares utilizamos unas plantas que aquí no se encuentran.*

I: *A la hora de cuidar a esta mujer, ¿le aplicas alguno de esos remedios que tú conoces?*

C: *No mucho, sólo una vez para dormir le practiqué un remedio parecido a la valeriana. Yo le practico y le digo, y a veces quiere.” (CI-17)*

C: *“A mi esposo a veces le duele la barriga y le hago agua de orégano, de comino, y se le quita. Por ejemplo si le duele la espalda, le damos con crema de eucalipto, que lo mandamos a través de mi país, o mentol chino, y le doy una fricción de eso, le pongo papel periódico por encima y así lo hacía mi abuela. Lo usamos muchísimo para el dolor de cabeza, lo ponemos aquí (sienes) y nos alivia bastante. De cosa natural, sí, hay muchas cosas que sí. Cuando él está soldando y le arden los ojos, la patata fría en los ojos y le alivia mucho el dolor.*

I: *¿y en tu trabajo con la señora?*

C: *Con ella, pues si hay dolor de barriga, pues manzanilla, pero de bolsita. Otra cosa, ah, cuando duele la barriga y hay gases, el rabo de la cebolla, la raíz de la cebolla se corta, y se lava bien, y hacer una infusión de eso va muy bien.*

I: *¿Lo mantienes más con tu familia o con la señora?*

C: *Pues como no se ha dado mucho el caso con ella, pues no sé...si se diera el caso y yo lo sé, se lo doy a ella, si es natural, hay confianza para eso, mucha...” (CI-4)*

I: *¿Conoces algo de medicina tradicional o natural?*

C: *Sí, sí, allá hay mucho de eso*

I: *¿Lo mantienes aquí?*

C: *Yo cuando mi esposo o alguno de nosotros se enferma (incluye a la persona mayor que cuida), pues yo, primeramente lo mío, y si ya eso, entonces ya medicina. Yo uso mucho las hierbas, el vinagre, el ajo...eso es lo primero, y si no funciona, pues entonces paso al médico y uso la medicina de aquí, pero siempre lo mío antes” (CI-8)*

C: *“Sí, sí. Sí, porque nuestro país es muy pobre y nos basamos mucho en las hierbas. Si te duele el estómago, tomas manzanilla. El bebé que la leche le cayó mal y su estómago está muy*

hinchado, le damos solmate de anís. Usamos mucho la coca también como medicamento o el tabaco también, como medicamento, para un dolor de oído y cosas así. Y sí las aplicamos. Cuando estás constipado, que te duele el pecho y la espalda, una fricción con mentol...sí lo uso mucho” (CI-11)

C: *Sí, yo conozco la medicina natural bastante. Trabajé 9 años en una tienda*

I: *¿Sigue manteniendo esos remedios?*

C: *Sí, sí.*

I: *¿Por qué hay tanta medicina natural allí?*

C: *Porque como hay muchas plantas allá y también la medicación es muy cara. Allí todos tenemos un solarcito y podemos tener plantas. Todos sabemos que hay una cosa que se llama limoncito y sabe como a limón; y se colocaba eso con panela y se le echaba limón. Para la gripe es buenísimo.*

I: *¿Qué es panela?*

C: *Es como un bloque....te voy a enseñar una....aquí las traen como tortas chafaditas. Esto lo sacan de la caña de azúcar. Esto se ponía a cocinar un ratito en un cazo, hasta que se derrite. Y se come con queso y queda buenísimo; agua panela. A la señora le dí a probar y le gusta” (CI-13)*

I: *¿Conoces remedios de medicina tradicional de allá, de tu país?*

C: *Cuando mis hijos tenían gripe, no les daba jarabe, les daba aceite de oliva. Yo desearía ahora mandar todos los meses una garrafa de aceite de oliva. Hay muchos remedios. Mis hermanas, por lo del cáncer, sabían mucho. Por ejemplo, me hablaban de la uña de gato, que es natural, otras hierbas...Por ejemplo, los ancianos, en mi país se curan la artrosis con Marihuana y ron; la ponen ahí y la dejan que se fermente. Luego se ha echan y eso es muy bueno.*

I: *¿Mantienes aquí esas prácticas de medicina natural?*

C: *Pues la verdad es que ya te digo, no he tenido nada. Yo, la verdad es que medicina natural aquí no uso porque no me pasa nada*

I: *¿Y con la señora mayor lo aplicaba?*

C: *No, no, porque yo no le cambio los hábitos a las personas mayores. Un agüita aromática como el té, la manzanilla o la tila, pero no más. Es que es automedicación, y automedicar a las personas mayores, no. [...]. En Colombia, cogía gripe en cuanto llegaba el invierno, pero aquí he tenido la suerte que llevo 5 años y no me ha dado gripe. Será como consigo tanto aceite de oliva aquí....uh, yo cojo el aceite de oliva virgen, y echo un ajo y un chorrito de limón, que tiene*

mucha vitamina C, y así no se enferma uno. Y ese es mi remedio, de eso sí le daba a la señora"
(CI-15)

I: "¿Conoce usted algún remedio u otras formas de curar enfermedades que no sean las pastillas, los fármacos?"

C: Sí remedios caseros, naturales: manzanilla, menta. La gente en Ecuador cree mucho en los brujos y eso, pero nuestra familia no.

I: ¿Mantiene aquí esos remedios?"

C: Sí" (CI-18)

I: "¿Conoces algún tipo de remedio de atención a las enfermedades que no fueran los fármacos?"

C: Pues por ejemplo, allí en Bolivia nosotros no solemos ir al médico. Mi suegra que tenía diabetes, tomaba algunos medicamentos pero no se ponía insulina sino que tomaba unas hierbas que le ayudaban a bajar el azúcar. Ahora no me acuerdo como se llamaban, se las tomaba no me acuerdo si era todos los días y se hacía también apio batido y una verdura que se llama choca que sirve también para bajar el azúcar. El resfriado allá se cura con cebolla, ajo, limón y ya está. No toman medicamentos a no ser que estén muy graves muy graves y entonces ya van al médico. Para la gastritis hay hierbas también, yo tomé una hoja que se llama Zen y Ajenco y me sentó muy bien. A nosotros no nos gustan los medicamentos. Para el dolor de estómago está el Ayaten, cuando tenemos pesadez de estómago pues tomamos mate de eso. Mayormente allá la gente suele tomar infusiones de hojas de mandarina de lima, agua de aguacate....para los riñones. Dietas como la de la luna con mucha agua y cosas así. Es que dicen que los medicamentos te curan una cosa y te estropean otra. Los que encuentro aquí si los sigo utilizando" (CI-20)

I: "¿Conoces remedios para las enfermedades distintos a los fármacos que se usaran allí en tu país?"

C: Se usa lo natural mucho, por ejemplo, la valeriana para los nervios. Por ejemplo, para cosas comunes como gripe, hay una hierba que se le llama "guñas" y se hace como un té, con limón y miel de abeja. Te lo tomas y te arropas bien en la cama. Si hay fiebre, paracetamol. Una gripe fuerte, pues con inyección. Para la tos, hacen un hervido, que es para la garganta, con un trozo de cebolla, un diente de ajo y limón. Se pone todo junto y a tomar. Es muy bueno; te hace expectorar cuando te duele la espalda y todo. Vapores e infusiones de eucalipto también. Se hierve la hoja de eucalipto, te lo pones ahí y te tapas con un velo 5 minutos hasta que se vaya lo calentito, todo lo que puedas aguantar, y eso es bueno para el resfriado.

I: ¿Los remedios naturales los utilizabas con la persona mayor?"

C: Pues sí, y le pasaba. Tenían que pasar días, no al momento, pero sí. Yo le cuidaba, le arropaba y le daba medicinas caseras. Hasta yo misma he tomado, y sigo tomando. Siempre

recomiendo. Cuando tengo la gripe, aunque sea un té, no muy cargado, clarito, con limón y miel, y adentro. Te arropas bien y te hace expectorar, te hace sudar” (CI-21)

C: Allá usamos mucho las hierbas. También conozco los rezos para las enfermedades.” (CI-25)

En todos estos casos, existe un mantenimiento de las prácticas de Medicina Tradicional tanto con los miembros de su propia familia como con la persona mayor a la que cuidan. En este sentido cabe analizar la influencia del hecho de ser cuidadoras en régimen interno en muchos casos, ya sean ellas solas o ya sea la familia entera de la cuidadora inmigrante conviviendo con la persona dependiente.

Conocer cuáles son los patrones de comportamiento de otros grupos humanos frente al proceso s/e/a nos ayuda a comprender mejor sus comportamientos como cuidadores informales.

Fuera del entorno español, los inmigrantes, especialmente personas mayores, que proceden de países con gran desarrollo y uso de la Medicina Tradicional, muestran gran preferencia al respecto frente a Medicina Occidental. EE.UU. y Canadá son algunos de los entornos donde se constata esta realidad a la que aludimos, encontrando estudios que demuestran patrones de uso comprendidos entre el 77% y 100% en el caso de EE.UU. En Canadá, inmigrantes de origen africano aplican la Medicina Tradicional en un 73% de los casos, destacando la atención holística que ésta les proporciona en detrimento de otras formas de atender la salud (Wu, Burke & LeBaron 2007, Lai, Chappell 2007)(Barimah, Van Teijlingen 2008).

Estos resultados contrastan con la realidad que encontramos en España. Si bien el patrón de uso de la medicina tradicional es menor en nuestro entorno que en el resto de Europa se trata de un recurso importante que está cobrando cada vez más importancia en la atención a la salud en nuestro país (Perdiguer Gil 2004). Debemos tener en cuenta que nos estamos refiriendo a Medicina Tradicional, no al empleo del conjunto de Medicinas Alternativas y Complementarias, respecto a las cuales, hay un reciente aumento del interés suscitado por las mismas y se guarda cierta coherencia respecto a los datos internacionales. Es un fenómeno estructural que se extiende progresivamente aunque no se reconozca como tal por parte del sector biomédico. De hecho, algunas cuidadoras familiares (españolas) refieren conocer y llevar a cabo algunas de estas prácticas que aluden a Medicinas Alternativas y Complementarias, además de la Medicina Tradicional propia de su país de origen.

C: “Me he resfriado ahora, después de 3 años. Yo lo voy conllevando con mi agua caliente y con mis cocitorios que hago antiguos, y mi leche y mis cosas, y voy tirando.

I: ¿Conoce remedios naturales para las enfermedades y los utiliza?

C: Sí, yo sí. Mejor que una pastilla. Mira, yo pongo un cazo a hervir, y lo pongo medio de agua, tomillo, laurel, orégano, media naranja, medio limón y lo pongo a cocer y que hierva bastante. Lo cuelo, lo hecho en el vaso y le añado miel o bueno, sacarina...y eso tiene muchas propiedades y eso es mejor que cualquier pastilla que te puedas tomar. A mí me mandaron un jarabe y lo tuve que tirar; estaba como el almíbar, y yo eso no lo puedo tomar. A mí me gusta más esto. Ahora, esta noche me voy a poner ahí un cazo, para antes de acostarme tomarme dos vasos. Y con eso voy estupendamente, es bueno para los bronquios y los pulmones y mucho mejor que las cosas que mandan. Eso no tiene química ni nada, es natural, y lo natural es divino. Así que te digo que...yo no quiero pastillas. Yo tomo nada más que dos pastillas para el corazón. Las cosas caseras son lo mejor que hay. Ah, también echo higos. Abro los higos por la mitad y se cuecen. Y se hace un jarabe con los higos y todos los ingredientes, que hierva bastante, y es mejor que el de la farmacia, y más sano. Con eso le he curado a él el resfriado. Le mandó el médico un tubo de pastillas efervescentes. Cuando se le terminaron, le saqué otras...todavía tiene ahí. Lo que más le gusta es lo que yo le hago. Si está tosiendo una noche, salgo y le llevo su taza y se lo toma bien caliente con miel. Y eso es mejor que lo que tú vayas a tomar de la farmacia y mejor que nada. Antes yo ponía esencia de menta, en un recipiente encima de la mesita en agua caliente, y lo dejaba, y el eucalipto cocido también. El vapor es bueno. Eso es mejor que lo que tú vayas a comprar. Eso es una cosa casera para los niños, los mayores y todo el mundo. Nada más que entornes la puerta hace efecto. O cebolla, pones una cebolla partida por la mitad, y se va la tos rápido. Todo eso es lo mejor. Todas las cosas caseras son lo mejor que hay. Todo". (CF-32)

En España, la última Encuesta Nacional de Salud publicada refleja que son las mujeres especialmente las que más utilizan las Medicinas Alternativas y Complementarias, con un 6,4%, frente a un 2,57% de hombres (INE 2006). Estos datos refieren solamente al consumo de productos de Medicinas Alternativas en las dos semanas previas a la recogida de datos, añadiendo una serie de sesgos tales como la diferencia que existe entre uso de otros sistemas médicos y consumo de productos de medicina alternativa, aspecto que añade limitaciones a los datos. Tampoco refleja el uso de Medicina Tradicional, de manera que se ofrece una visión bastante sesgada, que no nos sirve como marco de referencia debido, entre otras cuestiones, a las dificultades conceptuales y al perfil de usuario encuestado.

La relación intercultural que se establece entre la Medicina Tradicional y la Biomedicina permite una atención a la salud holística, que fomenta y favorece un verdadero pluralismo asistencial. En nuestro entorno no hay una asimilación suficiente, clara y manifiesta de éste por la subalternidad y la invisibilidad que siguen teniendo este tipo de prácticas de salud. No obstante, en otros países como Canadá, que precedió a España como país de emigración, los inmigrantes aluden al holismo como una de las causas de elección de la Medicina Tradicional como principal práctica de salud, que en

determinados grupos, alcanza una prevalencia superior al 70% (Barimah, Van Teijlingen 2008).

La combinación de saberes y diferentes prácticas de salud permite identificar una provisión de cuidados informales por parte de las cuidadoras inmigrantes con un alcance holista y de calidad. A tenor de los relatos etnográficos, es en el entorno doméstico donde se crea un universo de significados, donde esas prácticas tienen eficacia a nivel de completo bienestar de la persona y a nivel simbólico, pero que aún no son compartidas a nivel de otros grupos ni de estructuras sociales más amplias.

C: "Sí, bueno, como vivo allí, es casi todo el día. Pero bueno, estoy con mi hija. La persona mayor ensucia poco la casa, porque está en la cama. Lo importante es que esté bien atendida, aseo, comida, y ya nos sentamos para que salga de la rutina, hablar, darle cariño. Eso es más importante que realmente por lo que me pagan a mí. Eso me recompensa lo que yo hago. Que esté bien, que se trate como persona, como me gustaría a mí que me trataran cuando sea viejita, que no sé si estaré aquí o quién me cuidará, y ya el demás tiempo es para mi hija y mi marido, que tengo bastante tiempo. Como la abuela está sentada, pues yo estoy mientras tanto bañando a mi hija, preparando la cena...es un trabajo que me da muchas satisfacciones. [...] Y además no podemos salir, porque la abuela no se puede quedar sola. Ella tiene Alzheimer y también una trombosis, pero en cambio es una cosa como que no puedes dejar a un hijo. Ella tiene sus barandillas puestas y si quisiéramos nos iríamos un rato, pero no, si le pasara algo no me lo perdonaría. [...]. Es ya casi como si fuera mi abuela. Ella tiene hermanos cerca pero no la visitan, tiene una cuñada por ahí pero no la visitan porque como dicen que ha perdido la cabeza..., pero yo la veo que no ha perdido todo, porque yo hablo con ella y en algunas cosas dice sí...para mí es mi abuela. Yo llevo una vida como si fuera mi hogar y mi abuela. El hijo, la última vez que estuvo sí que me lo reconoció, me lo dijo. Que si yo me fuera a mi piso, porque ahora me van a entregar mi piso, que me la llevara allí. Que la ve bien, y la nuera también. Pero claro, la abuela no me dice nada. [...] Vivimos como en familia. [...] yo veo la persona mayor como un bebé. Yo tengo una hija, pero tengo dos bebés en la casa. Se le ve tan vulnerable, como un bebé, pero no enferma. [...] Si lo toman como un trabajo esforzado, como algo que no les gusta, no lo recomiendo porque no lo van a desempeñar bien. Pero si les gusta, es una aportación a la sociedad ayudando a la gente que no puede valerse por sí sólo, y que todos vamos a llegar. Yo lo veo agradable, para mí no es nada desagradable. No es algo que yo haga de mala gana. Y la cojo a la abuela, le doy un besito, es como una abuela como nunca la he tenido. Yo creo que eso es lo que se hace a una abuela. Sí que veo necesaria una preparación y también, que por lo menos se elija a la persona, porque hay personas, que se yo, que tienen más carácter...pero hay personas que tienen más paciencia, como para un crío, pues entonces tiene paciencia para una persona mayor. Porque muchas veces los abuelos sufren maltrato, y los

abuelos no pueden hablar. La abuela no la pasaría entonces bien; se le complicaría su enfermedad y todo. Es también función del centro de salud, del enfermero, de hacer visitas para ver a los abuelos, y de capacitar a los cuidadores del sector, no sé, algún tipo de estímulo, de actividad, aunque sea un día de camping para los cuidadores. Es que es absorbente. Es que tienes que dar toda la atención a la persona, todo el tiempo. Y a ti nadie te da nada" (CI-2)

C: "Y su sobrino mismo dice, "Ana, es que vosotros le habéis dado vida..." No tiene hijos, ni hermanos, solo tiene sobrinos y están muy agradecidos, y los sobrinos vienen a verla de vez en cuando o por teléfono siempre la llaman, pero así, verla así seguido, ellos no vienen a verla seguido, a lo mejor a los 15 días, cuando pueden, porque son abogados, otro trabaja todos los días, no tienen tiempo de venir y yo sé que eso es así, y ella dice, pues con mi hija, ella dice que es su nieta[...] Y todo el día ella está ocupada.[...] Ella se lava, ella sola. Eso no es cuidarla menos, es cuidarla mejor. [...] Si se diera el caso y yo sé el remedio, se lo doy a ella, si es natural, hay confianza para eso, mucha. [...] Pero yo veía que ella me necesitaba, que yo tenía que estar ahí porque si no la iban a llevar a un asilo también. La sobrina que decía que no le siguiera el hilo me decía que pensaba en la posibilidad de ir a un asilo, de que ella estuviera allí y yo le dije que no. Le dije que "mientras yo esté bien y ella quiera estar conmigo, no quiero que la lleven". Pienso que está mejor en casa. Hay mucha gente que está enferma allí y a ella la van a confundir las cosas, se va a poner peor. Ella está acostumbrada a dónde está el cuarto de baño, dónde están sus cosas, a mí, a la niña, a mi marido, porque a mi marido lo quiere un montón también, y eso". (CI-4)

C: "Claro, sí, para todo lo doméstico, limpiar, cocinar. Cuidar es estar sólo pendiente de él, su higiene, su alimentación, vestirlo, su medicación y estar con él. Pero es que luego a la casa viene mucha gente a comer...y los tengo que atender yo. Es mentira que haya que cuidar sólo a los abuelos...luego se cuida a mucha más gente. Les coges un cariño mucho mayor que el de su familia, porque su familia....Yo cogí una depresión que estaba para matarme cuando se murió el abuelo. Es verdad. [...] La compañía que le haces no es sólo para darle los cuidados, sino que el saber que lo que quiere, qué él tenga confianza para decirlo, para decir qué le duele, o contarte lo que le pasa, de su disgusto, de su dolor, aunque sea permitirse decir que le duele un dedo. Por ejemplo, el abuelo que cuido, a veces se despierta por la noche y me llama para decirme que le duele un dedo...a veces pienso, ¿será posible que me despierte para eso? pero luego pienso que es confianza." (CI-6)

C: "Aquí la gente está muy adelantada, pero para lo importante, está muy atrasada. Un hijo nunca debería de dejar de cuidar a un padre, o a su madre. Es la hora de sacrificarnos por ellos ahora también. Queremos en la misma medida en la que ellos lo hicieron, en la que ellos nos criaron y nos quisieron. Esa es la enseñanza que yo tengo. [...] Sí, para que los cuiden. Yo creo que sería mucho mejor, mucho mejor. Vamos, cada cual tiene sus padres y tendrá que decidir, pero para mí eso es lo mejor, y lo más importante. Allá no hay de esos centros como aquí hay. Sólo hay centros para personas mayores abandonadas; es la gente que va y los deja porque ya

no los quiere. [...] Para cuidar a la persona se necesita amar a la persona más que a uno mismo". (CI-7)

C: "Comemos juntos, preparan comida para mí..¿Qué quieres comer hoy?...hemos pensado hacer esto...y yo intento también darles lo que ellos no tienen, cariño, conversación...son personas agradables. Yo creo que tú das para recibir. [...]Mientras pueda y esté aquí, sí. Sí me gustaría, también por ayudarme a mí misma. En otro trabajo, te tienes que ir, te estresas, te cambias, tienes que madrugar,...y aquí no, y además ayudas a las personas. Eres tú quien te beneficias aquí, no te perjudicas nada. Tal vez, en otro trabajo ganas más, pero estás 8 horas seguidas, o 10 horas, y en cambio, aquí, estás en casa....no es lo mismo." (CI-9)

I: "¿Piensa usted que la cultura se refleja en la manera de tratar a la persona?

C: Claro que sí. [...] Pues yo siento que a mi no me es difícil cuidar a una persona porque amor es lo que yo más tengo para dar pero no porque yo quiera lograr algo sino porque eso forma parte de mí, de mi cultura. En mi país somos mas abiertos, más amorosos, más expresivos y entonces eso sin yo tenerme que esforzar se lo doy a ella". (CI-17)

C: " Cuando yo estoy con ella siento como que estoy con mi madre" (CI-26)

C: "Por la mañana, desayunos, aseo, limpiar un poquito, comidas...y por la tarde me siento con ellos a hablar y a ver la tele" (CI-27)

Seguimos así a Douglas al defender la visión holística de la salud como parte de un todo simbólico (Douglas 1998).

Los cuidadores informales inmigrantes dan mucha importancia al bienestar de la persona, al componente familiar y humano del cuidado, a la manifestación de reciprocidad asegurando la autoatención y el autocuidado respecto a la persona dependiente, porque todo ello en conjunto permite el equilibrio y el verdadero bienestar de la persona, y se resalta especialmente la capacidad terapéutica de la relación humana.

Por otro lado, encontramos cuidadoras inmigrantes que no aplican ni mantienen prácticas de Medicina Tradicional en ningún ámbito (ni en el familiar ni con la persona que cuidan), y también aquellas que sólo las mantienen con su familia, pero no con la persona a la que cuidan, principalmente debido a reticencias por parte de la persona dependiente o su familia. El hecho de mantener este tipo de prácticas dentro de su propio grupo familiar ayuda a mantenerlas, producirlas y reproducirlas aunque sólo sea en el ámbito familiar, pero al menos no supone el abandono, dando cierta posibilidad a la perpetuación de las mismas.

Solamente en un caso refieren no aplicar este tipo prácticas por respeto a las costumbres de las personas mayores y por miedo a ejercer la automedicación con la

fitoterapia. La pérdida de la autoridad del paciente crónico es un hecho que suele darse con frecuencia, y que fue resaltado Portillo en uno de sus estudios (Portillo Vega, Wilson-Barnett & Saracibar Razquin 2002c).

A continuación prosiguen varios fragmentos de discursos donde se explican las maneras de proceder respecto a otros sistemas de atención a la salud y los motivos de su mantenimiento o no en nuestro entorno.

C: *En mi país sí se utiliza mucho la medicina natural. Pero yo aquí ¿cómo la voy a utilizar? Pero es porque yo en mi país lo utilizara ya, sino es porque, yo qué sé, la abuela de mi marido decía: es que yo tomaba esto cuando me dolía esto y tal así,...pues bébetelo. Pero yo, hacérmelo no puedo, no conozco bien las plantas, ¿cómo me lo hago? Pero eso es ya la gente mayor, que tiene esa costumbre, alguna vez porque estamos malos...Pero guiados por ellos” (CI-3)*

I: *¿Tenéis algún tipo de medicina tradicional?*

C: *Lo que ponga el médico está bien dicho...” (CI-5)*

C: *“Sí, siempre solíamos hacer medicina tradicional, con hierbas naturales que tenemos allá. Será también porque producimos y consumimos más.*

I: *¿Lo mantienes aquí?*

C: *Aquí no hay eso para consumir. ¿De dónde quieres que saque las plantas? Si aquí todo viene congelado, todo viene directo para consumir...y no sabes ni los días que está ahí. Compramos porque lo necesitamos...pero no sabes ni los días que está ahí congelado. Nosotros allá, lo tenemos todo fresco, y las hierbas también.*

¿Conoce algún otro sistema de atender las enfermedades distinto a los medicamentos?

C: *Aquí, no, aquí no.*

I: *¿Tenía usted opción de aplicar los remedios naturales con la persona mayor que cuidaba?*

C: *No, aquí, no porque muchas veces lo he intentado y no le hacen caso a eso. Aquí la persona es más de ir al médico, médico, todo médico, aunque sea para un dolor de cabeza; y venga pastillas, venga cosas... allá todo es más natural. Nosotros conocemos el martico, el moye; nosotros hacemos, como decir aquí el mentol, para cuando alguien coge frío, bueno, cuando alguien se resfría; si se constipa, nosotros allá decimos “un resfrío”. Hacemos un caldo de eso y nos metemos a la cama y al otro día amanecemos bien. En cambio aquí no; aquí no se puede hacer nada de eso. Nosotros tomamos el derro para los riñones, que lo tomamos en ensalada o así en agua; lo licuamos y lo tomamos. Después también para las personas que son diabéticas también tomamos valsalima, que aquí no hay; son hierbas que aquí no se conocen; aquí hay mucho en los herbolarios pero no hay las hierbas que yo conozco, porque yo he intentado varias veces encontrar en el herbolario y conseguirme las cosas. Nosotros allá también nos conseguimos el cusi, que cuando a las personas se les cae mucho el pelo, nos echamos eso; y aquí no hay; no se conocen muchas cosas.*

I: *¿Se siente con libertad para aplicar todas estas medidas naturales cuando trabaja con personas mayores?*

C: *No, no. Las personas están aquí más acostumbradas al medicamento, o a ir al médico, y aquí no se puede hacer como hacemos en nuestro país. Aquí uno tiene que tener mucho más cuidado. En cambio, en nuestro país es distinto. Con las costumbres de la gente, se respeta más. Si tú ves a alguien y le dices, "tómame esto...", se les hace caso a las personas. En cambio, aquí, te puedo decir que no." (CI-7)*

I: *"Practica la medicina tradicional de su país, los cuidados, remedios tradicionales de allí en relación con la salud?*

C: *Sí.*

I: *Dime alguno que tú conozcas*

C: *Para el dolor de estómago, se utiliza la piel de la naranja. Se pone al fuego y se hace como té" (CI-12)*

I: *¿Tenéis allí prácticas de medicina tradicional?*

C: *Sí, lo he escuchado en mi padre, en mi abuela...*

I: *¿Lo mantienes aquí?*

C: *No; ni para mí ni para la persona que cuida tampoco" (CI-14)*

I: *¿cuáles son las creencias respecto a la salud y a los cuidados que tenía usted en su país?* C: *Yo uso mucho las hierbas y los productos naturales; cerveza y puerro; remolacha, ajo y zanahoria...*

I: *¿Las mantiene aquí?*

C: *Sí, sobre todo para mí. Con la anciana apenas puedo hacerlo; depende de cuál sea el caso I: ¿tiene libertad para aplicarlas?*

C: *No mucha" (CI-18)*

I: *" ¿Conoce usted otros remedios para curar enfermedades?*

C: *Sí.*

I: *Cuénteme alguno que conozca.*

C: *Por ejemplo, hay una hierba que dicen, el orégano, que es buena para el dolor de estómago, y también la menta y la hierbabuena. Cuando uno come de más y se hincha el estómago entonces uno se toma el agua de hierbabuena y eso le hace muy bien.*

I: *A la persona que cuida le aplica algún remedio de éstos?*

C: No, no le gusta a ella" (CI-22)

I:" ¿Conocía usted remedios diferentes a los medicamentos?

C: Hierbas. Para el dolor de estómago, usábamos paico y perejil. Para la tensión y los nervios usábamos hoja de naranja y hojita de pimpinela. Para diabetes allá toman higo blanco, que aquí llaman higo pajarero; su hoja es buena. Para próstata, tomaban la hoja de uva blanca. Para la tos, menta de eucalipto. También hay curanderos, que nos dan remedios naturales, ellos no curan. No solía ir yo a los curanderos porque yo ya sabía lo que tomar. Yo tenía dolor de estómago allá. Pero aquí nada me duele, estoy bien. A la señora no le doy estas hierbas porque ella está acostumbrada a las cosas de farmacia, y a lo que le manda el médico. A ella no se lo doy" (CI-24)

I:" ¿Conoces algún tipo de remedio tradicional o medicina tradicional?

C: Sí. El caree es para los dolores de estómago y para todo eso, para el dolor de los huesos. También hay unas hierbas, que no me acuerdo... Es que allá salen otra clase de enfermedades que aquí. ¿Cómo le llaman aquí?...un espelente o puchichi, cuando sale como una bola debajo de la piel y le sale pus...hay muchos diferentes y hay unas hierbas con las que se cura eso, el yantén y saca todo el pus.

I: ¿Mantienes aquí alguno de esos remedios?

C: No normalmente. Para mí, si me duele algo me gustaría, pero es que no puedo conseguir las hierbas

I: ¿Y a ellos?

C: no, no...(Se ríe)" (CI-27)

C: Ellas sí, ¡juy!, de remedios caseros ellas sí. Cuando toses, tienes que hacer esto, tienes que hacer lo otro, sí, sí, eso sí, mucho, mucho, entienden mucho de remedios caseros. En una ocasión me torcí el pie y no se que me decía que había que hacer con una planta que tengo yo ahí en el jardín. Yo decía, ¡juh, yo no hago eso! Decía que con esa planta se hacía una infusión muy buena o no sé qué, y me la hizo pero yo no me atreví a tomarla. Ella la hizo y decía, ¡juy, que esto es muy bueno para no sé cuántos!...yo qué sé. Cogió la planta, la lavó y la puso a hervir, pero yo no quise eso. De remedios entienden bastante ellas, se ve que allí como no hay medios, es que las que yo he tenido no vivían en la capital; vivían en poblados de estos así apartados y entonces pues no tenían dinero y se acostumbraron a todo esto de remedios y cosas. A una le salió una vez un grano o yo qué sé, y dijo que ella se lo abría. ¡Muchacha, vete al médico!, le dije. Pero ella cogió una aguja, se lo abrió y luego se puso limón. Y yo decía, ¡ay, señor, no lo quiero ni ver! Y una vez que me salió a mí un uñero que se me infectó quería hacerme lo mismo, pincharme el trozo y yo qué sé. Y yo le dije que no, que yo me iba al practicante, que me lo rajó y me lo limpió. Le dije que en sus manos no me ponía. Son muy lanzadas para todas esas cosas". (CF-10)

Se conocen otros sistemas de atención a la salud, no biomédicos, pero hay ciertas reservas a la hora de aplicarlos en nuestro entorno. En algunos casos, pudimos comprobar que incluso se niegan, tratándose de un comportamiento propio de procesos de aculturación. Éstos pueden ser considerados como favorecedores en su proceso de adaptación al nuevo entorno.

7.3 EL DIÁLOGO CULTURAL EN LOS CUIDADOS INFORMALES: UNA VÍA DE APERTURA A LA HIBRIDACIÓN Y MESTIZAJE CULTURAL.

Cuando nos referimos al establecimiento de un diálogo cultural como instrumento que posibilita el intercambio cultural, no nos referimos solamente al mero hecho de establecer una conversación. El intercambio cultural puede llevarse a cabo con imágenes, comportamientos, expresiones, etc.... sin necesidad de articular palabras, pero en el caso que nos ocupa debemos resaltar que la lengua, aspecto que forma parte de la cultura de cualquier grupo humano, en ningún momento fue un impedimento para establecer ese diálogo cultural, ya que todas las cuidadoras inmigrantes eran hispanas, a excepción de 2 de ellas, de nacionalidad Rumana. Éstas aprendieron el idioma en poquísimos tiempo, conscientes de la importancia que este aspecto tiene en el sector laboral, aunque sea informal. No manifestaron ningún problema de comunicación y entendimiento en los entornos domésticos de cuidado; sin embargo, algunas cuidadoras latinoamericanas sí referían algunas distorsiones entre significantes y significados en sus conversaciones con las personas mayores. Algunas de ellas hablaban otros idiomas o dialectos propios de sus lugares de origen, como el quechua; las informantes que lo practicaban allí, lo mantenían aquí en la mayoría de casos, y se relacionaba en ocasiones con los problemas de entendimiento con el español.

La lengua y el mantenimiento de ésta en nuestro país (si se trata de otras distintas al español), se abordó como un aspecto general que contribuía a la integración en el capítulo de inmigración. Hablar español a la vez que se mantiene su lengua de origen (si es distinta) en el entorno familiar de la cuidadora inmigrante es una práctica que favorece la integración cultural, puesto que se mantienen ambas en el mismo ámbito de la persona, en consonancia con el nuevo entorno y sin perder la raíz cultural de su país.

Respecto al lenguaje, entendido como cualidad, existen estudios sobre el efecto del mismo sobre la relación de ayuda terapéutica entre cuidadores inmigrantes y personas dependientes que hablan lenguas distintas, La conclusión es que el hecho de que ambos hablen la misma lengua facilita la labor a los cuidadores para promover la independencia de la persona así como para sacar capacidades de autocuidado latentes (Ekman, S.L. 1996).

I: "¿Piensa que la cultura influye en la manera de cuidar a la persona?"

C: Pues yo creo que sí, porque nosotros como somos tan cariñosos con las personas y todo eso, pues eso influye muchísimo en ellos. Hay personas que por ejemplo, yo tengo conocidas que no hablan con la persona que trabajan ni nada. Yo hablo con la persona, le pregunto cómo está, si está enferma, y qué tal...yo hablo con ellos. A mí me gusta mucho hablar con las personas. Todos tienen problemas que contar aunque sea para desahogarse. Las personas necesitan tiempo, dedicarles tiempo para hablar. No es tanto la limpieza de la casa o darles de comer sino tiempo para hablar. Es importantísimo. Por eso yo te decía antes, que a los enfermos, tú los puedes curar no con la inyección que le colocas sino con lo que tú le hablas... ah, y tú eres muy cariñosa. A ti y a M^a Teresa os viene muy bien la profesión que elegisteis. Los muchos casos buenos compensan a los casos malos"(CI-12)

La apertura al intercambio cultural puede confrontar dos personas con concepciones culturales totalmente distintas que, en lugar de evolucionar hacia un diálogo cultural fructífero y enriquecedor, puede desembocar en conflictos culturales. Citemos algunos ejemplos:

I: "Sucede que la señora, que es una señora ya mayor, me dice un día, "córteme las uñas de los pies". Yo me sentí ofendida, quizás porque tengo otro nivel de educación, no sé...pero me molestó. No le quise cortar las uñas de los pies. Y no le contesté.

I: ¿Piensa usted que la cultura influye en la manera de cuidar?"

C: Sí influye, porque si es una persona del lugar, entonces costaría menos la cuestión de la comida, los hábitos que uno tiene, qué se yo...venimos a veces con hábitos buenos o hábitos malos. Si es una persona española en seguida se hace con el trabajo. Si incluso tenemos problemas con el idioma; hablamos lo mismo, pero hay muchas cosas que te dicen distinto. Como te decía antes, con los colores...Incluso el vestuario. El otro día yo no sabía cómo se llamaba lo que había debajo de la falda hasta la cintura. Es un viso o combinación. Para nosotros, la combinación es entera hasta los hombros. Y no sabía qué me decía: sí, sí, ese que tiene elástico, me decía...:¿Qué es un elástico?...Ayer, por ejemplo, me dijo...:No vaya a usar esa pila... Y yo dije:¿qué es una pila?...Entonces, tenemos todavía problemas de idioma. A veces no sé qué es lo que dice". (CI-11)

C:"Y bueno, muchas cosas. Cuando yo entré en esa casa, pues le decía, yo no sé cómo se llama aquí a la gente, no sé cómo tengo que tratarla, señora, señorita o doña. La madre me dijo, pues usted dígame Manoli, por su nombre y ya está. Y yo empecé a tratarla Manoli, Manoli...a decirle así. Y luego un día viene, y ya habían pasado 6 meses desde que yo entré a esa casa y yo haciendo como me habían dicho que hiciera las cosas. Un día viene y me dice: Ana, yo para usted soy Doña Manoli, porque yo tengo una profesión. Pero usted para mí no es nada; yo soy Doña y usted no me venga a tratar de Manoli. Y si por mí fuera, en este momento estaría usted en la calle, porque no me gusta cómo usted me trata" (CI-4)

Uribe consideró que el encuentro intercultural no es generador de conflicto pero sí de diálogo cultural (Uribe Oyarbide 2006). En este sentido coincidimos con su planteamiento al no haber encontrado apenas evidencias de conflicto cultural a través de los cuidados.

En una relación en la que no hay diferencia de criterios, ni disparidad alguna, apenas existen posibilidades de aprendizaje y crecimiento personal. Si se entiende el conflicto cultural como una situación en la que hay dos posicionamientos aparentemente opuestos, sólo hay 2 maneras de resolverlo: cediendo ante las demandas de la otra parte o bien imponiendo nuestra postura, nuestra manera de ver las cosas y por tanto de solucionarlas. Pero también existe una posibilidad de solución en la que una parte no se impone a la otra. Se trata de una vía distinta por la cual, las partes, a través del diálogo cultural, tratan de comprender qué hay detrás de la postura del otro, qué necesidades o intereses tiene la otra parte.

Siguiendo a Ruíz de Lobera, si existe un interés por comprender la postura del otro, se puede llegar a aprehender otros puntos de vista, otros valores diferentes a los propios. Así se establece un mayor autoconocimiento en la medida en la que se conoce al otro diferente (Ruíz de Lobera Pérez-Mínguez, M. 2004).

Deberíamos tener en cuenta las experiencias de otros países que han vivido esta situación anteriormente a nosotros, como por ejemplo, Inglaterra. El gobierno británico publicó en un informe evaluativo sobre cuidados de soporte a la comunidad, que había indicadores sobre la importancia de las dificultades en el lenguaje y las diferentes expectativas culturales en los cuidadores pertenecientes a grupos étnicos minoritarios. Este aspecto sugirió la conveniencia de realizar esfuerzos encaminados a emplear trabajadores del ámbito domiciliario pertenecientes al mismo grupo cultural que la familia a la que apoyan. Además, se analizó el patrón de uso de servicios sanitarios, observando que los grupos minoritarios encontraban dificultades en la utilización de éstos cuando provenían de grupos culturales diferentes (Department of Health and Social Services Inspectorate 1991). Según estas premisas, la figura de un cuidador informal inmigrante no siempre supondría una estrategia positiva a tener en cuenta desde el punto de vista de la persona dependiente y su familia. No obstante, es necesario recordar las diferencias contextuales entre España y otros países, así como el resto de factores que influyen en uno y otro caso antes de generalizar dichas conclusiones. Mientras que a la luz de los resultados de nuestro estudio encontramos claramente más resultados positivos que negativos respecto a los cuidados informales que proveen las mujeres inmigrantes, las experiencias en otros países prefieren no mezclar personas de grupos culturales distintos.

Este aspecto no favorece la interculturalidad y el mestizaje sino el multiculturalismo y la diferenciación.

Menéndez consideraba que no era posible la complementariedad real de las diferentes representaciones y prácticas (Menéndez 2006), aspecto que no compartimos a la luz de los hallazgos de nuestro estudio.

Landy sí estaba a favor de dicha complementariedad entre diferentes modos de atender a la salud, pero hablaba de una coexistencia marginal de roles (Landy 1977). Este aspecto sí que se identifica claramente en nuestra etnografía, ya que la aceptación de las prácticas de medicina tradicional en los cuidados informales a nivel doméstico aún tiene escaso reconocimiento y aceptación.

Vivir en conexión geográfica y cultural con otras muchas partes del mundo es posible en la actualidad a raíz de los flujos migratorios. Cuando esas visiones distintas se encuentran, surge la oportunidad del diálogo o del conflicto, y en el ámbito de estudio que nos ocupa identificamos la existencia de un diálogo cultural que se manifiesta como una situación de equilibrio entre la interculturalidad y la oportunidad de cambio.

7.3.1 Mestizaje/hibridación

El cambio social propicia el cambio cultural, y éste, a su vez, provoca cambios en los sistemas de atención a la salud, promoviendo la hibridación cultural y el mestizaje. El mestizaje cultural favorece el desarrollo combinado de distintas formas de entender y atender la salud en la práctica (desde una dimensión informal o de cuidado lego, no profesional)

El mestizaje cultural que se refleja a través de los cuidados informales cumple un rol adaptativo en cuanto a las prácticas de atención a la salud. En una sociedad que cambia social y culturalmente, las prácticas de salud deben cambiar para adaptarse a las características de los grupos humanos y poder seguir respondiendo ante las necesidades reales de las personas.

I: " ¿Mantienes tu manera de cocinar de allí?

C: Sí

I: ¿Y para ella también? C: Sí, también le hago cosas de allá y come". (CI-14)

I: " ¿Piensas que las costumbres españolas se irán empapando de las costumbres de la gente que viene?

C: Yo diría que sí; y es una buena mezcla, porque tengo una nieta, que es... ¡madre mía!, es...muy especial. Tiene tres años y sabe...mezcla de murciana con costeño, que somos

nosotros. Una cría espectacular, lo que sabe, cómo se expresa...con tres años. Creo que sabe demasiado". (CI-15)

I: "¿Nunca le cocinaste algo de lo tuyo a la persona mayor?

C: Sí, le hice unos tamales. Viene del maíz más blandito, se remoja, al día siguiente se tritura con un batidor, y se hace una masa, se calienta en la olla con una pechuga de gallina o de pollo y el caldo lo hace la masa. Y luego ya, lo pones en una hoja de plátano verde, ahí encima la masa y aparte se hace un sofrito del pollo desmenuzado, con cebollitas pequeñas pochado, huevo cocido, aceitunas también por medio, lo cubres y luego lo envuelves y lo amarras. Se deja freír 20 minutos. Sale fuera y es como una...no sé, es un tamal. Y les gustó. Estaban muy ricos, la verdad. Pero no te preocupes, yo como comida de toda." (CI-21)

Existen argumentos tanto a favor como en contra del mestizaje e hibridación cultural, resultando oportuno citar algunas de las razones que arguye también Hannerz a favor de la diversidad cultural. Estas razones aluden a la diversidad cultural por sí misma, como una especie de monumento a la creatividad de la humanidad; equidad y autodeterminación, el beneficio para la adaptación de la humanidad a los limitados recursos ambientales del mundo, la posibilidad de contrarrestar las relaciones de dependencia política y económica, la adopción de una posición mayormente estética de cara a los placeres de la diversidad cultural, la provocación provechosa para el intelecto, y, finalmente, servirse de ella como si fuera un fondo de conocimientos verificados acerca de cómo manejarse con las cosas (Hannerz, U. 1996). Estas razones expresan ventajas que se dirigen hacia todas las dimensiones de la vida, pero si nos centramos específicamente en el ámbito de estudio que nos interesa, podemos resaltar especialmente el beneficio para el entendimiento y la adaptación mutua entre cuidadora inmigrante y persona anciana dependiente, así como compartir en los nuevos grupos doméstico-familiares la grandeza de la diversidad cultural. Las cuidadoras inmigrantes, protagonistas de este fenómeno, constituyen en sí mismas un claro ejemplo de la adaptación social del entorno español al envejecimiento ante una respuesta deficiente por parte del Estado.

En relación a la adaptación mutua, podemos observar a continuación algunos fragmentos etnográficos que refieren a dificultades al respecto, tanto por parte de las cuidadoras inmigrantes como por parte de las familias de las personas dependientes a las que cuidan.

7.3.2 Dificultades de adaptación

I: " ¿Le notas diferencias respecto a gente que hayas tenido contratada de aquí, españolas?

C: Las ecuatorianas que he tenido, pues he tenido que estar limpiando a la par de ellas, para que se acostumbren porque no limpian como nosotros. Nos metíamos en los cuartos de aseo, y vamos, te digo lo que me ha pasado a mí, porque a otras no les ha pasado lo que a mí; y entonces, pues, te pueden limpiar un cuarto de aseo sin abrirte una ventana, y tienes que estar encima de ellas para que la abran. Las que han estado aquí, las he enseñado yo". (CF-10)

I: " ¿Se siente con libertad para aplicar todas estas medidas naturales cuando trabaja con personas mayores?

C: No, no. Las personas están aquí más acostumbradas al medicamento, o a ir al médico, y aquí no se puede hacer como hacemos en nuestro país. Aquí uno tiene que tener mucho más cuidado. En cambio, en nuestro país es distinto. Con las costumbres de la gente, se respeta más. Si tú ves a alguien y le dices, "tómame esto...", se les hace caso a las personas. En cambio, aquí, te puedo decir que no" (CI-7)

I: " ¿Tiene usted libertad para aplicarlas con esta señora mayor?

C: No. Nada, muy poco. Ayer cuando se cayó, yo pensaba que del golpe que se dio tan fuerte le dolería todo el cuerpo. Le dije: ¿no quiere que la friccione un poco? Con unos aceites o una crema y al menos, le doy un masaje. Por lo menos la cola, porque se ha caído usted de espaldas. ¿Con qué le va a pasar entonces? Me dijo que no. Entonces, le dije: tómese un calmante. A eso accedió. Como ya los conozco, le trituré uno y se lo hice tomar. Pero ponerle o darle algo así natural, no quiere, y no lo permite, a lo sumo una manzanilla, pero nada más.

I: ¿Piensa usted que la cultura influye en la manera de cuidar?

C: Sí influye, porque si es una persona del lugar, entonces costaría menos la cuestión de la comida, los hábitos que uno tiene, qué se yo...venimos a veces con hábitos buenos o hábitos malos. Si es una persona española en seguida se hace con el trabajo. Si incluso tenemos problemas con el idioma; hablamos lo mismo, pero hay muchas cosas que se dicen distintos. Como te decía antes, con los colores...Incluso el vestuario" (CI-11)

Abordar la diversidad cultural y la interculturalidad en relación a los procesos s/e/a supone recuperar gran parte de las corrientes antropológicas desarrolladas en Estados Unidos entre las décadas de los 30 y los 50, que lanzaron las primeras líneas de investigación acerca de dicho proceso en términos estrictamente culturales y que influyeron en los estudios desarrollados posteriormente por Menéndez. La reducción de la interculturalidad casi exclusivamente a sus aspectos culturales expresa frecuentemente objetivos de asimilación e integración, además de tender a excluir otros procesos sociales o económicos que impiden establecer relaciones interculturales con mayor simetría y equilibrio. Una visión centrada únicamente en las variables culturales nos ofrece una

concepción parcial, aspecto que se contrapone precisamente a las concepciones holistas que suelen caracterizar a la medicina popular. Por este motivo, no sólo hemos analizado en nuestro estudio los factores culturales relacionados con el fenómeno del cuidado informal, sino que en capítulos anteriores analizamos tanto el envejecimiento como la inmigración entendidos como motores de cambio social, así como la influencia y características de la familia en los cuidados informales tanto a pequeña como a gran escala social.

Los planteamientos a favor de la diversidad cultural consideran que mantiene vivas posibles y diversas alternativas, tanto en su estado actual como en su potencial capacidad de desarrollo. Hay que tener en cuenta que gracias a las posibilidades que nos brinda la documentación hoy día, el acceso a la mayor parte del cúmulo de diversidad cultural de todo el mundo está asegurado.

Para J. Clifford, la cultura representa la capacidad continuada de los grupos para construir una diferencia real. Según este planteamiento, la cultura posee una función diferencial y relativista en contra de los denominadores comunes humanos (Clifford 1988) en (Kuper 2001). Éste último aspecto ha generado a su vez diversas críticas tanto por parte de los defensores como de los detractores de la diversidad cultural.

La diversidad cultural se reviste así de una idea atractiva, constituyendo una especie de reserva compartida, pero también existen argumentos en contra, que veremos a continuación, tales como la tendencia a suponer que si estas alternativas no se mantienen, acabarán por desaparecer definitivamente. Otro problema que plantea la diversidad cultural entendida así es la dificultad que supone el trasladar elementos de una cultura de un contexto a otro para que se puedan reorganizar fácilmente en el último. En relación a esto, podemos pensar que las prácticas derivadas de la Medicina Tradicional corren cierto peligro al no poder aplicarse en su totalidad por la escasez o inexistencia de los productos que se requieren, y por la relativa aceptación que aún tienen en nuestro entorno, tal y como hemos observado en la etnografía.

Es importante señalar que una persona no puede pertenecer simultáneamente a dos culturas por mucho tiempo. La contradicción terminará siendo excesivamente difícil de soportar, salvo que los contextos de ambas estén separados por completo. Las culturas se oponen entre sí, y nadie puede pertenecer a ambas simultáneamente. Las presiones culturales no obligan a nadie a elegir un camino u otro. Moverse de uno a otro es relativamente fácil. Inmigrantes, refugiados, víctimas de guerra y otros desplazados son candidatos para ocupar el vértice de las personas aisladas (Douglas 1998). En este sentido, la propuesta de la hibridación y mestizaje cultural como precursor de nuevas prácticas de salud que aúnen diversos sistemas de atención a la salud se pondría en entredicho, en

tanto que la visión que dicha autora sostiene acerca de la cultura es más parecida a un compartimento estanco que a una dimensión de la vida totalmente permeable.

Comparando nuestra etnografía con los estudios de Cox, observamos que ambos resultados se posicionan de manera opuesta. Según Cox, dentro del proceso de aculturación de la población hispana residente en EE.UU., se observó que se daba una menor adherencia a los valores tradicionales, incluyendo la responsabilidad familiar del cuidado, y menor presencia de barreras psicológicas personales de los cuidadores a la hora de buscar y utilizar servicios formales de atención a la salud (Cox, Monk 1993). Sin embargo, en nuestro estudio no se evidencia lo mismo, considerando que la variabilidad se debe tanto a la influencia de un contexto totalmente distinto como a las diferencias intraculturales.

La forma de vida era uno de los modos de producción y circulación de significados en las relaciones sociales y en el proceso cultural (Hannerz 1996). Este aspecto lo asociamos al entorno doméstico donde transcurre la vida de las cuidadoras informales, y es ahí donde se establece el continuum cultural mestizo.

Tras analizar argumentos tanto a favor como en contra de la diversidad cultural, llegamos a la conclusión de que al menos, un mínimo grado de defensa de la misma es sin duda algo positivo respecto al objeto de estudio que nos ocupa, y en última instancia, para la humanidad misma. Ni defenderla activamente es realista, ni rendirse a la homogeneización global completa tampoco lo es, apostando principalmente por la continua regeneración cultural y el mestizaje, que en sí mismos son una nueva forma de diversidad creada en el entorno global intercultural.

7.4 EL ENCUENTRO INTERCULTURAL EN LOS CUIDADOS INFORMALES COMO FACTOR DE IMPULSO DEL PLURALISMO ASISTENCIAL.

Ante la evidencia de una serie de prácticas de salud propias de otros sistemas de pensamiento diferentes al biomédico nos planteamos si nos encontramos ante un modelo real, competente y enfocado adecuadamente de pluralismo asistencial, si existe conciencia de pluralismo asistencial, o si nos encontramos solamente ante una medicina intercultural, partiendo de una base conformada por una serie de prácticas de autoatención y cuidados informales de salud que han incorporado otros saberes, prácticas y creencias de salud mediadas por un diálogo cultural.

Cada vez en mayor medida, la inmigración está marcando una serie de circunstancias donde coexisten diferentes modos de entender la salud y la enfermedad en un entorno occidental, donde, a pesar de la globalización actual, han predominado esquemas de atención a la salud muy rígidos en las últimas décadas, procedentes del Modelo Médico Hegemónico. Las reticencias a la apertura y aceptación a otros modos de

pensamiento respecto al proceso s/e/a (que en la actualidad empiezan a ceder), demuestran que realmente no ha existido en nuestro entorno un adecuado enfoque del pluralismo asistencial, aún cuando se considera que es un fenómeno estructural de la mayoría de las sociedades.

Nos centraremos especialmente en el uso de la medicina tradicional por parte de latinoamericanos, tanto en sus países de origen como en España tras un proceso migratorio, ya que constituyen la mayor parte del colectivo de cuidadores informales inmigrantes de personas ancianas y/o en situación de dependencia en nuestro país.

En este sentido, cabe reconocer la contribución que ha tenido dicho fenómeno en tanto que ha permitido entender más ampliamente los procesos de búsqueda de salud sin caer en etiquetajes reduccionistas como el que constituye la dicotomía sector popular/sector profesional de atención a la salud. Ambos están implicados en la respuesta del individuo durante el proceso s/e/a, aspecto que reafirma y reconoce, aunque sin legitimarlo, la existencia de un modelo de pluralismo asistencial.

Así, la medicina tradicional está saliendo de sus contextos originarios también a través del fenómeno migratorio, y al contactar con culturas diferentes, se está convirtiendo en medicina intercultural (Aparicio Mena 2007).

El sistema biomédico rige la hegemonía frente a las medicinas tradicionales, que, a pesar de prosperar en nuestro país, continúan ocupando categorías de subalternidad por la persistente tendencia a la homogenización y al monoculturalismo biomédico, ya que la biomedicina continúa sin negociar ni reconocer formalmente otros sistemas médicos. Parece que la diversidad presente y mostrada en nuestro modelo de orden social es algo que nos cuesta admitir y aprender a gestionar, controlar y entender. En salud, ese encuentro desde siempre ha sido de intercambio y de reciprocidad; sin embargo, es sólo recientemente y coincidiendo con el encuentro en terreno occidental, cuando vemos en ello una situación potencialmente positiva o potencialmente conflictiva, según se enfoque.

Según Uribe, “el pluralismo cultural que los diferentes colectivos inmigrantes presentan en nuestra sociedad, potencia y refleja el pluralismo asistencial que nunca ha desaparecido de nuestro sistema de salud, pero que a fuerza de negar su existencia, corrimos el riesgo de dar por inexistente el consiguiente desconocimiento de otras prácticas y estrategias que se utilizan para gestionar las situaciones de salud/enfermedad o que pudieran eventualmente utilizarse” (Uribe Oyarbide 2006).

Uribe se remonta a épocas anteriores aunque relativamente cercanas, cuando aún España era país más un país de emigración que de inmigración, para defender que es

posible la complementariedad de los modelos de atención a la salud basada en la interculturalidad (Uribe Oyarbide 2006).

Meñaca asumía también la existencia de ciertos flujos biomédicos desde España a Sudamérica (concretamente a Ecuador), y no al contrario. Sin embargo, concluyó a través de un reciente estudio que los flujos de envío y “*encomiendas*” de determinados productos se establecen mayoritariamente en sentido contrario, es decir, hacia España, estando constituidos no sólo por remedios naturales y elementos de prevención y sanación tradicionales difícil obtención en Europa, sino también por medicamentos de uso más o menos frecuente dentro de la biomedicina de nuestro entorno (Meñaca 2006).

Este flujo se evidencia en nuestro estudio, y manifiesta otra forma de encuentro intercultural a través de la salud, potenciado a raíz del fenómeno migratorio. Pone de manifiesto una dimensión del encuentro tanto de diferentes sistemas de atención a la salud como de distintas variantes del Modelo Médico Hegemónico, demostrando posibilidades de enriquecimiento al tiempo que ejercen una función estructural que opera a nivel cultural, social y que a su vez es altamente simbólica. Recibir productos propios de la Medicina Tradicional transnacionalmente, desde sus países de origen, permite mantener, producir y reproducir tanto sus propias prácticas de salud como las ideas que las sustentan.

Los productos naturales y remedios tradicionales tienen un papel relacionado con la reconstrucción de una identidad, sentimiento de pertenencia y vínculo. Menéndez justificaría este flujo de productos de atención a la salud dentro de las familias migrantes como un proceso estructural desarrollado por la biomedicina como es la automedicación en relación a la autoatención (Menéndez 2005). Sin embargo, Meñaca destaca que tiene un gran potencial simbólico para fortalecer los vínculos de la familia transnacional, por su relación con el ámbito del cuidado (Meñaca 2004).

Dicha autora destaca a su vez, que el envío por parte de los familiares de los emigrantes, de medicamentos de uso cotidiano en Ecuador así como otras tecnologías biomédicas, está relacionado con la “*multiculturalidad*” de la biomedicina, tanto en lo que se refiere a las diferentes especialidades como en relación con los distintos contextos socio-históricos en los que los sistemas médicos se desarrollan (Meñaca 2006).

Así, podemos apreciar, nuevamente, que el papel social que ya conocemos de la enfermedad, presente en todos los sistemas médicos, puede explicar parcialmente el mantenimiento y transmisión de la medicina tradicional, dejando aparte su intrínseca importancia sanitaria, resaltando y haciendo especial hincapié en la satisfacción de importantes funciones sociales. Según la medicina tradicional, en muchas ocasiones, la enfermedad es la sanción social más importante, mientras que en la Biomedicina, la enfermedad no tiene funciones morales de forma manifiesta (Ackerknecht 1985). Una de las características del modelo familista y tradicional de cuidados que traen las cuidadoras

inmigrantes de sus países de origen es la importancia de la colaboración familiar ante cualquier problema de salud, y en este sentido, todo lo que estamos exponiendo respecto a las “*encomiendas*”, se sirve de esa funcionalidad de la estructura familiar extensa transnacional para tener un comportamiento social acorde con el ideario que explica algunos de los procesos de enfermedad.

Reynolds y Van der Geest consideran que las ideas en defensa de los productos naturales en la sociedades no occidentales, se erigen en contra de la toxicidad de los fármacos. Dicha toxicidad no la circunscriben únicamente a la propia de los fármacos, sino también al estilo de vida. Así, la idea de naturaleza unida a la medicina tradicional, a menudo, se combina con la conciencia de clase, étnica o de identidad nacional, situándose frente a lo procedente del extranjero y artificial, en una especie de política de identidad sanitaria; se trata de una política cultural donde el sistema médico se utiliza para autopositionarse críticamente en oposición a distintos elementos procedentes de sociedades occidentales. Expresar el escepticismo frente a los fármacos es una forma de construir dicotomías como naturaleza versus tecnología científica, tradición versus modernidad, e incluso personas versus capitalismo internacional (Reynolds Whyte, Van der Geest & Hardon 2002). Dichos planteamientos se identifican en nuestro estudio principalmente entre las cuidadoras inmigrantes, y en algunos cuidadores familiares. Sin embargo, reviste interés que los cuidadores familiares, aún defendiendo lo natural, opten en cualquier caso por la terapia farmacológica como opción más segura a nivel terapéutico.

Según estos autores, la medicina tradicional parece tener un “*valor nacional*” añadido, pudiendo convertirse en símbolos de resistencia, no sólo defendidos por aquellos que la practican como más seguros y mejores, sino porque son familiares y propios, considerando la biomedicina en conflicto con sus conceptos locales de salud y curación. Dicho fenómeno contrasta con el interés que en muchas ocasiones generan los fármacos traídos del extranjero, y que defendía precisamente Meñaca, dándose la paradoja entre la atracción y el rechazo ante un mismo hecho.

Diversos estudios demuestran que las poblaciones pertenecientes a minorías étnicas, tienden a elegir medicinas alternativas o tradicionales como primera opción; así, se evidencia de nuevo que las distintas formas de atención a la salud tienen una clara influencia por parte de factores socioculturales diversos. Según Bailey, dicha elección responde al intento por parte de las minorías étnicas de hacerse con los problemas de salud en el contexto de sus propios recursos y entorno sociocultural/étnico; sus creencias en que la medicina popular tiene cierto control sobre las causas de la enfermedad y a su vez, menor gasto, son algunos motivos de la elección de este tipo de actividades de

atención a la salud. Así, el proceso de búsqueda y mantenimiento de la salud forma parte del marco conceptual necesario para poder entender las creencias y actividades de salud en determinados grupos étnicos (Bailey 2000). Nuestras informantes aluden no sólo a prácticas de Medicina Tradicional utilizando hierbas y otros productos naturales, sino también incluían prácticas habituales que abarcan dimensiones mágico-religiosas como el curanderismo, o los rezos para las enfermedades, constatando los planteamientos de Bailey. A su vez, ninguna de las informantes tenía en su país una situación económica holgada, motivo principal ligado a la decisión de emigrar a España; este aspecto también influye en gran medida en la autoatención y en su desarrollo como primera opción en el proceso de búsqueda de salud.

En el sistema biomédico se dan situaciones de apropiación, hallazgo e incorporación de aportaciones externas que resultan muy valoradas en nuestro modelo, como por ejemplo ciertas aproximaciones al valor del cuerpo y determinados usos culturales aportados por otros grupos, los cuales han sido incorporados. También se suele encontrar en los usos foráneos cristalizaciones de algunas áreas fundamentales de nuestro modelo, tales como la dimensión comunitaria y la corresponsabilidad en los procesos de autoatención, aspectos que han arrojado luz para mejorar el enfoque en nuestro entorno (Uribe Oyarbide 2006).

En nuestro estudio podemos hacer alusión a algunos fragmentos de relatos que evidencian cierto pluralismo asistencial desde un punto de vista emic, basado en las prácticas.

7.4.1 Pluralismo asistencial (prácticas y visión emic)

I: " ¿Has llegado a conocer algún otro sistema de medicina tradicional?

C: Acupuntura, sí.

I: ¿Piensas que los dos sistemas se pueden combinar a la vez o que uno es sustitutivo del otro?

C: Sí se puede combinar. Allí se practica mucho la medicina tradicional cuando lo médico no se puede pagar. Si hubiera algo de eso para las personas mayores o para niños.... Sí se puede combinar" (CI-2)

I: " ¿Y en tu trabajo con la señora?

C: Con ella, pues si hay dolor de barriga, pues manzanilla, pero de bolsita. Otra cosa, ah, cuando duele la barriga y hay gases, el rabo de la cebolla, la raíz de la cebolla se corta, y se lava bien, y hacer una infusión de eso va muy bien.

I: ¿Lo mantienes más con tu familia o con la señora?

C: Pues como no se ha dado mucho el caso con ella, pues no sé...si se diera el caso y yo lo sé, se

lo doy a ella, si es natural, hay confianza para eso, mucha...” (CI-4)

I: “ ¿Lo mantienes aquí?

C: yo cuando mi esposo o alguno de nosotros tres se enferma, pues yo, primeramente lo mío, y si ya eso, entonces ya medicina. Yo uso mucho las hierbas, el vinagre, el ajo...eso es lo primero, y si no funciona, pues entonces paso al médico y uso la medicina de aquí, pero siempre lo mío antes” (CI-8)

C: “ Según lo que va a ser, por ejemplo enfermedades como la malalla (mal de ojo) la gente va al curandero.

I: Pero las enfermedades como una infección, una bronquitis o una neumonía, ¿lo cura también el curandero?

C: No, hay plantas de allí. Todo natural” (CI-22)

Entre los detractores del pluralismo asistencial, se encuentran los que no aceptan el uso de otro tipo de prácticas de salud distintas a la medicina oficial occidental o medicina convencional, que suelen ser profesionales de la Epidemiología y otras ramas de la Medicina occidental (Bellvé Moreno 2003). Así se erige una línea de confrontación ante el pluralismo asistencial que se basa en intentar demostrar la ausencia “*objetiva*” del valor de la mayor parte de dichas terapias, propiciando que algunos autores incluso se refieran a ellas empleando el término “*técnicas del placebo*” (Strabaneck, McCormick 1992). Pero opuesto al pluralismo asistencial, también se encuentra el posicionamiento de los que consideran que la interculturalidad se difumina, dando paso a una asimilación, de manera que el grupo inmigrante se diluye en el país receptor. Así, la integración que supondría que grupos de inmigrantes y grupo receptor interactuaran, resultaría compleja y no conseguiría un verdadero mestizaje cultural e hibridación, y por tanto, disminuirían las posibilidades de coexistencia de diferentes prácticas de salud.

La OMS respalda institucionalmente a nivel mundial la coexistencia de la Medicina Tradicional y la Biomedicina, apoyando y defendiendo el acercamiento intercultural entre las diferentes concepciones de salud y sistemas médicos, aspecto que resulta fundamental en la dinamización del pluralismo asistencial. No obstante, la institución sanitaria por excelencia defiende el Modelo Médico Hegemónico y las Medicinas Tradicionales, cuando la relación entre ambas siempre ha estado marcada por relaciones de hegemonía/subalternidad y posiciones tanto etnocentristas como hegemónicas.

Todo lo anteriormente expuesto en este apartado intenta argumentar y contribuir a evidenciar las múltiples interconexiones e hibridaciones que se dan entre los distintos sectores de atención a la salud, ya sea en ambas direcciones, en una o en otra. A pesar de

todas las recomendaciones acerca de lo adecuado o lo que se debería hacer respecto a la integración de diferentes sistemas de atención a la salud, la mayoría de países hasta ahora han alcanzado un escaso nivel de integración. Se habla más de coordinación entre ambos que de verdadera integración.

Siguiendo a Echevarría, defendemos que es una realidad demostrada el aumento de interés de la población por las terapias alternativas y complementarias. No obstante, es necesario profundizar más en el análisis de las necesidades reales de las familias en su entorno para ofrecer sistemas de atención a la salud con nuevas formas más adaptadas a la demanda de nuevas necesidades (Echevarría Pérez 2008). En nuestro estudio, uno de los puntos que precisamente se analiza es el que constituye las necesidades de las familias, y uno de los aspectos que alcanza a cubrir muchas de ellas es la provisión de cuidado informal (familiar o no familiar)

En este sentido, podemos concluir este apartado con uno de los planteamientos de Kleinman, según el cual, los mecanismos explicativos de la tradición médica poseen una capacidad de adaptación importante respecto a la conservación de grupos sociales (Kleinman 1975). Así, los sistemas médicos tradicionales demuestran gran capacidad adaptativa incluyendo aspectos que podrían corresponderse con las categorías de la prevención según el sistema biomédico. Así, se observa también en este aspecto su funcionalidad en nuestros entornos y objeto de estudio.

Siempre existirá dualismo entre la biomedicina y la medicina tradicional (Nichter 2002). Todos los cuerpos de conocimiento sobre la salud y la enfermedad son dinámicos, y cambian como resultado de los factores sociales, políticos y culturales. Por tanto, podemos hacer hincapié tanto en la continuidad histórica como en la discontinuidad; no obstante, tampoco se debe caer en magnificar la medicina tradicional, que por concepción, es bastante conservadora.

Cuando la eficacia de la medicina tradicional es juzgada frente a las funciones que se espera que realice en las sociedades de las que forma parte, y considerando las limitaciones inherentes a las investigaciones médicas sistemáticas en esas sociedades, los sistemas médicos tradicionales son vistos como dispositivos adaptativos que han sido remarcadamente exitosos. Han existido durante miles de años y han brindado esperanza y alivio a personas enfermas, tratando con problemas sociales también, y contribuyendo así al incremento, en última instancia de la población del mundo (Foster 1978).

Remarcando la característica de la adaptabilidad de los diversos sistemas médicos, podemos decir que lo que el pluralismo asistencial propone es, en esencia, algo parecido a lo que defendía Kleinman, es decir, la búsqueda del beneficio para la salud de la persona o grupo que sea significativo desde un pensamiento etnocéntrico, tanto a nivel emic como etic (Kleinman 1975). Aunque no existe una medida clara de su eficacia, la señal más inequívoca de la misma es la satisfacción de las expectativas de los usuarios, personas en

primera y última instancia. Este aspecto se confirma claramente en nuestro estudio, ya que a través de los relatos existen muchas evidencias tanto directas como indirectas a la calidad de vida y de cuidados que se proveen a las personas dependientes.

La visión de la complementariedad de las terapias pertenecientes a diferentes sistemas de atención a la salud queda evidenciada a través de la etnografía. No obstante, la percepción de contraposición, choque, interferencia o conflicto es la imagen que subyace al proceso de encuentro cultural en tanto que solemos fijarnos en el impacto de otras culturas en nuestro modelo en términos de desajuste con lo existente. Este planteamiento respalda la negación del reconocimiento por parte de la Biomedicina de un pluralismo asistencial.

Abordar la figura de la mujer como principal consumidora de medicinas tradicionales permite plantear que no sólo lleva a cabo la provisión de éstas, sino también la extensión de estas prácticas de salud al resto de miembros de la familia o grupo doméstico a su cuidado, aspecto que fomenta también la invisibilidad de un pluralismo asistencial. En ello influyen aspectos como la posición de la cuidadora inmigrante, que si la analizamos, encontramos que la invisibilidad es una característica especialmente significativa y relevante, ya que añade el valor simbólico del género en relación a la Biomedicina, el entorno doméstico como escenario de cuidados informales, la ilegalidad y la escasa integración social en relación al proceso migratorio.

En definitiva, más allá de la integración o la coordinación, el pluralismo asistencial debe permitir responder a las distintas formas de pensar y concebir el proceso *s/e/a*, haciendo posible el entendimiento de los cambios culturales de los miembros de la sociedad. Establecer muchos y diferentes patrones de atención a la salud y búsqueda del bienestar en los cuales los individuos de las sociedades actuales puedan seleccionar, combinar y aplicar la mayoría de elementos culturales posibles, son la manifestación más real de un verdadero pluralismo asistencial.

7.5 MÁS ALLÁ DE LOS CUIDADOS CULTURALES: CUIDADOS TRANSCULTURALES Y CONSISTENCIA CULTURAL EN LOS CUIDADOS INFORMALES.

Desde una perspectiva cultural, el cuidado es un complejo constructo que debe centrarse en la alteridad del sujeto, mediatizando la relación interpersonal que establecemos con el individuo y la familia. La nueva cosmovisión del cuidado debe contemplar los diferentes aspectos socio-culturales, los valores, las creencias, los modos de vida, las diferentes concepciones de salud y enfermedad; en suma, la diversidad cultural.

Nuestra sociedad sufre constantemente fuertes procesos de cambio social. La reorganización de las clases sociales, la aparición de nuevos movimientos, la emergencia de nacionalismos y fundamentalismos de todo tipo, los flujos migratorios, la gran diversidad cultural y étnica que empiezan a darse en nuestra sociedad, nos permiten reorientar la filosofía del cuidado hacia una identidad nueva que supera retos, incertidumbres, conflictos entre roles, y permite la adaptación a los componentes específicos del mismo.

En el cuidado del ser humano, asumiremos que estamos aplicando cuidados culturalmente relevantes cuando percibamos que nos estamos acercando a la condición humana y a algo que todos compartimos, y que por lo tanto puede servir como anclaje para alguien que trabaja transculturalmente.

En este sentido, el trabajo transcultural provee un anclaje crítico en todos los marcos teóricos (Krause 1998). Identificamos los componentes universales del cuidado con esa parte transcultural del mismo, posibilitando la adaptación mutua en el resto de aspectos culturales que confluyen en el cuidado.

En esta investigación, se plantean los cuidados culturales de forma contraria a como solemos identificarlos; en lugar de ser la persona objeto de cuidados la que tiene un patrón cultural diferente, en nuestro caso, lo que ocurre es que el cuidador informal presenta otras costumbres a la hora de ejercer su labor de provisión de cuidados a personas dependientes, de manera que los cuidados culturales aquí se identifican pero de una manera inversa, aunque igualmente dinamizadora del diálogo cultural a través de los cuidados.

Al comparar la dinámica de los cuidados entre cuidadores familiares y cuidadores inmigrantes, no se encuentran grandes diferencias entre ambas percepciones. Este hecho, nos permitió en capítulos anteriores confirmar la sustitución de roles, y ahora nos acerca a esa base común y universal que subyace a los cuidados informales al constituir el aspecto transcultural de los mismos.

7.5.1 Aspectos universales o transculturales del cuidado

Los cuidados transculturales acercan la actividad profesional de la Enfermería al cuidado informal en tanto que ambos son expresiones universales del cuidado humano.

Reviste especial interés analizar los relatos etnográficos referentes a esta dimensión del cuidado en tanto que acorta distancias entre el cuidador informal, garante del bienestar de la persona dependiente, y los profesionales de la salud implicados en la atención de la persona mayor dependiente. Tanto el cuidador profesional como el cuidador informal comparten el mismo objeto de cuidados, y por ello, es fundamental

conocer los aspectos que influyen en la alianza terapéutica que se establece entre ambos para mejorar, en última instancia, el cuidado en sentido holístico y global.

Consideramos que resulta fundamental acercarse a las percepciones que diferentes tipologías y perfiles de cuidador tienen respecto al cuidado informal en la actualidad, puesto que ese conocimiento permite identificar las claves de la articulación con el soporte formal de cuidados como vía para complementar, coordinar y mejorar la cobertura de las nuevas concepciones del cuidado informal en la dependencia.

Existe una clara tendencia a pensar que las mejoras necesarias ante cualquier problemática que se plantea a raíz de los cambios sociales pasa irremediablemente por un aumento en las inversiones estatales y del gasto social. Es evidente que ante la situación de necesidad, insatisfacción y déficit de recursos que ha quedado manifiesta respecto a nuestro objeto de estudio, parte de las soluciones pasarían por un aumento de servicios y coberturas por parte de las instituciones socio-sanitarias públicas. Pero el interés que tiene el conocimiento de los dispositivos actuales de cuidado informal a nivel doméstico es igualmente necesario para mejorar la calidad de los cuidados incluso cuando no haya un incremento de inversiones ni de responsabilidades por parte del Estado; se trata de adaptar mejor los servicios que se ofrecen a las nuevas necesidades que presentan las unidades domésticas de cuidados.

Abordamos a continuación las percepciones sobre el cuidado que aluden a los aspectos transculturales o universales del mismo al analizarlas tanto en el discurso de los cuidadores familiares como en el de los inmigrantes.

7.5.1.1 Aspecto humano.

C: "Uno tiene que dar; uno no siempre espera que le den. Porque yo con las personas que trabajo son maravillosas. Trabajo con una señora que tiene setenta y tantos u ochenta, no sé, y está enferma de depresión. Y ahorita, hoy precisamente me llamó para que hablara con ella. Es una persona mayor, pero me llevo muy bien con ella...las personas lo que necesitan es amor... [...] Hay que ver....el amor es lo más importante, lo que tú pongas...si lo que haces lo haces con amor, tú te sentirás feliz y haces feliz a los demás. Y eso es lo importante, hacer feliz. Cuando tú haces feliz a alguien, tú eres feliz. Hay gente que busca la felicidad...y dice, "he buscado en muchas partes", pero la felicidad es lo que tú das a otra persona y la haces feliz. Eso es ser feliz. Voy a ayudar a una persona, una persona que está enferma; lo más probable es que te diga: Isabel, cómo te parece que hoy mejor, y tal, y tú le dices, qué bien, cada día te vas a sentir mejor y tal, coja confianza en Dios y en los medicamentos y ya verá que todo le va a salir mejor; una palmadita...eso lo sé porque yo lo he vivido, y lo he experimentado, y me he dado cuenta que hablar es lo mejor.[...]. Entonces dice que hablando se siente bien. Hay que darles importancia,

que las personas que sientan importantes, lo que pasa es que la persona no vive lo que yo veo aquí. En nuestro país es diferente. En nuestro país, por ejemplo, el papá y la mamá viven con ellos, y los hijos los cuidan, los sacan, los llevan, los traen...pero aquí yo veo que están muy solitos. [...] No hagas a otro lo que no quieras que te hagan a ti. [...] Ahorita disfrutamos. Tenemos un trabajo; bueno, gracias a Dios, lo tenemos y al menos podemos salir a trabajar, y muchos días se me brinda la oportunidad de ayudar a las personas, de dar una palabra de aliento, de ánimo, con entusiasmo. Ahora todo es como, más libertad pero menos confraternidad con la familia; se van con sus amigos y todo el mundo trabaja y siempre están fuera. [...]. El cariño se demuestra con hechos y con palabras". (CI-13)

C:"Cuando una persona está enferma de eso, ¿es terminal no? pues ya, qué vas a curar. Hacerlo feliz los últimos días de su vida, ayudarle a que por lo menos no piense en eso porque uno, qué va a hacer..." (CI-20)

C5: La compañía que le haces no es sólo para darle los cuidados, sino que el saber que lo que quiere, que él tenga confianza para decirlo, para decir qué le duele, o contarte lo que le pasa, de su disgusto, de su dolor, aunque sea permitirse decir que le duele un dedo. Por ejemplo, el abuelo que cuido, a veces se despierta por la noche y me llama para decirme que le duele un dedo...a veces pienso, "¿será posible que me despierte para eso? pero luego pienso que es confianza y que es bueno que sea así" (CI-5,6)

C:" Para mí, sí, porque yo veía que cuando le charlaba y le contaba cosas, se distraía. Yo creo que se olvidaba, o no sé, de su enfermedad. Se sentía bien y estaba contento. Cuando él estaba bien y contento, permanecía tranquilo. Pero cuando no le hablaba porque me ponía a hacer cosas, porque a veces no tenía tiempo para estar charlando, él se ponía nervioso, empezaba a tirar cosas, a gritar..." (CI-7)

C: Hay una relación personal que va más allá de sólo cuidarla" (CI-14)

C:"Ahora estoy trabajándole a una señora sevillana; tiene como 16 enfermedades. [...] Tiene cáncer infiltrante, lleva diálisis, lleva una cosa, lleva otra... Yo se supone que tenía que hacerle 3 horas, pero le hago 5 sin que me las pague. Llego a las 9 y me vengo a las 2, porque ella no quiere comer, y entonces le hago cualquier cosita y le acompaño para que coma, se tome los medicamentos, le hago la comprita [...]. En mi ciudad no hay residencias para gente mayor. Casi no se ven residencias allá. Los hijos son los que se hacen cargo. Aquí es difícil eso...por eso, yo pienso que cuando llevas a una persona al hospital no se muere tanto de la enfermedad sino de tristeza, de tristeza." (CI-15)

C:" Claro, pues yo siento que a mí no me es difícil cuidar a una persona porque amor es lo que yo más tengo para dar pero no porque yo quiera lograr algo sino porque eso forma parte de mí, de mi cultura. En mi país somos mas abiertos, más amorosos, más expresivos y entonces eso sin yo tenerme que esforzar se lo doy a ella" (CI-17)

C:" La cultura influye en el trato. Al principio tenía miedo de expresarme con confianza. [...]

Con el anciano que yo cuidaba una de las cosas que me dio mucha tristeza a mí, porque tenía cáncer y él estaba en lo último y yo lloraba porque yo nunca había visto una persona así en mi vida [...] No hay ese cariño, ese amor, ese dolor o no lo esperarán o lo tendrán dentro y no lo expresan, la verdad no lo sé. Pero siento que se esfuerzan mucho, que quieren dar mucho, pero lo más importante que es el amor, el estar juntos, al final veo que eso no hay” (CI-19)

C: “El señor tenía el mal del Parkinson y del corazón, pero era un hombre muy tranquilo que todavía se podía manejar, pero había que tener paciencia con él, darle la comida, sacarle de la casa para que no se sintiera deprimido...yo estaba pendiente de que se sintiera bien. Y le llevaba, lo sacaba... lo hacía caminar, le decía: vamos a bailar, y él se reía...y todas esas cosas para que esa persona se sienta bien, y me quería mucho. Me decía: nadie me había sacado así, a pasear, o que me digan que estoy bien...Yo le cantaba, y cuando le cantaba un poco, él lloraba. ¿Por qué lloras?, le digo. Se emocionaba

I: ¿Qué piensas tú que es lo que más necesitan?

C: Parte de atenderlos, como la comida, es la atención humana, conversarles, como niños...te escuchan y nosotros pues, estamos para eso, al menos yo, que nunca estoy calladita; siempre estamos hablando y aunque no se rían, están atentos. [...] . Hay que tratar a la persona con humanidad y humildad, teniendo en mente que uno va a pasar por lo mismo. La vejez llega más rápido que la juventud, y no quisiera yo que me traten mal en la vejez. Para mí son como si fueran niños. A los niños hay que saber también tratarlos bien....dominarlos a veces, porque los hay salvajes... (Ríe). Lo sé bien porque he trabajado con niños. Los niños se encariñan conmigo, pero igual proceso hay de mayor, que vuelven a necesitar que les cambien los pañales. Es la evolución del ser humano. Y tienen que tener paciencia, y cambiarle los pañales delicadamente, pero tener paciencia, y ya. O sea, saberlos...” (CI-21)

En estos fragmentos de los discursos realizados por los informantes, percibimos el aspecto puramente humano, intrínseco al cuidado y que se refleja a través de la presencia constante en la actividad de cuidar. Las cuidadoras inmigrantes tienen un esquema cultural marcado por valores muy familistas en relación al cuidado en comparación al que subyace en nuestro entorno actual.

7.5.1.2 Valores, aspectos morales y emocionales asociados al cuidado.

Aunque los valores son un aspecto ligado a la cultura, y por tanto varían en función de muy diversas circunstancias, la percepción de los mismos que emerge ligada al cuidado alude a esa parte común o compartida de la cultura que resaltaba Lévi Strauss.

Lévi-Strauss sugería que muchos pueblos insisten en su carácter único y en su diferencia respecto a los demás, tendiendo a contemplar las costumbres de los otros como

escandalosas y monstruosas, negándoles la humanidad plena a sus protagonistas. Dicho autor instó a los antropólogos a que demuestren que las diferencias entre los pueblos no se deben medir con una única escala, ya que los valores son culturalmente variables, y, al mismo tiempo, les ha reclamado que afirmen que las diferencias humanas se inscriben en un fundamento común único. Es aquello que compartimos lo que produce la diferencia entre nosotros, algo que a su vez, depende de nuestras relaciones. *“La diversidad está menos en función del aislamiento de los grupos que de las relaciones que los unen”* (Lévi-Strauss, C. 1985).

Junto a estos valores que podríamos denominarlos “comunes” tanto a cuidadores familiares como inmigrantes, aparecen los aspectos morales del cuidado, influenciados principalmente por concepciones religiosas y sistemas tradicionales de atención a la salud. Los aspectos emocionales también subyacen en la esencia del ser humano, como necesidad última de la persona. Los podemos observar a continuación

C: “Yo le decía: no se preocupe, porque él se veía así tan fuerte; él tenía 92 años y se veía muy fuerte. Yo le decía que no se preocupara, que hay que ir viviendo cada día, y a medida que vengán los problemas se buscará la solución, pero no se preocupe, que se solucionará. Pero no nos imaginábamos que el abuelo se fuera a morir. Yo entré a trabajar en Enero, y en Diciembre había muerto la abuela. El abuelo murió en seguida. Yo lo que creo es que las personas nacen para estar juntas, para estar en compañerismo; por eso el evangelio dice que “no es bueno que el hombre esté solo”. Si uno se cae el otro se levanta, pero si está solo, quién lo levanta... así que es ahí donde se ve realmente el amor. Uno no alcanza a comprender lo que tiene hasta que lo pierde. Cuando uno pierde, entonces se da cuenta de la soledad, la casa se vuelve grande... [...] Uno tiene que dar; uno no siempre espera que le den” (CI-13)

C: “Hubiera dejado el trabajo para cuidarla, porque yo soy de esas que piensa que si tu madre te ha cuidado a ti y te ha criado, tú tienes un derecho (obligación). Si no puedo venir yo, me la llevo a mi casa.” (CF-28)

C: “En cambio, nosotros allá, por más pobres que seamos, nos dedicamos personalmente a nuestros padres. Nosotros a un padre nunca lo vamos a abandonar. Como somos varios hijos, tenemos que turnarnos, una semana cada uno. Somos hijos... ellos nos criaron a nosotros, se sacrificaron por nosotros, y se hicieron viejos por nosotros”. (CI-7)

C: “Sí, sí. A mí me da mucha pena cuando hay personas que no... Que al fin y al cabo son padres. Yo sé que tengo que hacerme cargo de mis padres cuando llegue el día. Pero no meterlos en una residencia. Allí no les van a dar cariño, no les van a dar amor, los cuidarán pero no como tú se lo tienes que dar. Por ello Dios te manda, para que ellos te críen y cuando ellos están mayorcitos, tú les devuelves los favores que te han hecho. No veo justo que haya personas que luego no lo hagan. No me importaría, la verdad es que vería justo que paguen a alguien que cuide a tus padres antes que llevarlos a una residencia” (CI-9)

C: Como la familia, nadie. Unas son mejores que otras, es verdad, pero no se puede dejar la responsabilidad en ellas. La cultura de ellas es diferente y no entienden realmente nuestras costumbres [...] Son muy cariñosas. Para ellas, el tiempo no cuenta; son muy pausadas” (CF-31)

En este último párrafo, una cuidadora familiar muestra reticencias y critica la actividad de los cuidadores inmigrantes sin conocerlos. La representación ideológica que se tiene sobre ellas es bastante negativa, pero a la hora de analizar sus prácticas resaltan la dedicación de tiempo y un trato cariñoso. El discurso es contradictorio, y precisamente lo que articulan como una crítica resulta ser una defensa sobre la actividad de los cuidadores inmigrantes, porque éstos disponen de aquello que precisamente nosotros adolecemos, es decir, tiempo para el cuidado y manifestación de afecto en el cuidado humano. Eso es lo que principalmente necesitan las personas dependientes, tiempo y trato humano, dimensiones de difícil cobertura por parte de las iniciativas estatales.

7.5.1.3 Bien Social

Existe unanimidad entre los cuidadores inmigrantes para considerar su actividad laboral como un bien social, sin embargo, los cuidadores familiares no lo perciben así. Existen alusiones por parte de éstos últimos relativas a la valoración del cuidado de personas mayores dependientes como una actividad contraria a la evolución laboral de la mujer, asimilándola en todos los casos a las tareas domésticas, sin establecer ningún tipo de distinción.

C:” Esas que vienen se tendrían que buscar otras cosas; hay algunas que tienen estudios y todos, y podrían avanzar más. No quedarse estancadas ahí limpiando” (CF-1).

Suelen valorar aspectos propios del cuidado profesional o formal dentro del ámbito de los cuidados informales, especialmente la formación, uniformidad, experiencia previa etc....en las cuidadoras inmigrantes. Ambas características resaltan una percepción con dimensiones aparentemente contrarias u opuestas, en tanto que por un lado se minusvalora el trabajo como cuidadora informal y se valora muy positivamente la presencia de representaciones y prácticas relativas al cuidado formal dentro de un entorno propiamente informal de cuidados, como es el doméstico.

C:”Como siga la cosa así, tan adelantada, ya tendrán que poner a una como la que hay en el centro de mayores, que lleva 7 ú 8 personas. Esa está preparada; esa ha hecho cursillos en el hospital de Molina. Ella dice que está bien y la quieren mucho. Esa usa guantes, lleva su babero blanco; está muy bien” (CF-32).

Esta situación puede reflejar la necesidad de visibilizar los cuidados informales así

como realizar una verdadera producción social de la atención a la dependencia en España.

7.5.1.4 Percepción familiar del cuidado informal

C: "Yo me siento como que es mi abuela, porque me arranca eso, y eso que yo mis fuerzas, las sentía flaquear. [...] Es como algo nuestro" (CI-2)

C: "Es más que un trabajo, es, para mí, como una familia. Yo me apego más a esa gente... que la hago como mi familia, claro, si me lo permiten." (CI-3)

C: "Y yo seguía con ella; ella empezó a estar mejor y salíamos a darnos una vuelta por ahí, por los alrededores de la huerta, porque vivía en una casa cerca de la huerta y mi hija empezó a andar y ella de ver a mi hija andar, le daba tanta alegría que dio un cambio tremendo. [...] Y, Dios mío, y yo a ella le llegué a tomar un cariño, como si fuera algo mío, y digo: y si no le ponen la sonda, y si yo le doy de comer así con la cucharita... y dijo el médico: no, ella ya no está para eso. Y empieza a meterle la sonda por la nariz, y yo sentía que eso me pasaba a mí, y me daba una pena, Dios mío, de verle eso por ahí." (CI-4)

C: "Yo creo que sí, porque tú ya te adaptas a estar las 24 horas aquí, ya tú haces de esto tu familia mismo. Es más que un trabajo. Yo, por ejemplo, cuando estaba con el señor que yo empecé a cuidar, porque era un matrimonio, pero a la señora, como le dio una trombosis, estuvo 5 meses fuera del hospital y al final se murió. Estuvo mal. Con ella no pude tratar, no pude conversar, pero con el marido sí. Yo a él lo quería como mi abuelo, por llamarlo de alguna manera, con cariño, sin enfadarme para hacerle sus cosas, que me daba lástima y yo así le decía que me tenía que ir o algo, porque libraba los domingos, y él me decía "que no, que no te vayas, que no me dejes solo..." y cuando uno da cariño, recibe cariño" (CI-9)

C: Sí... pero es que los parientes aquí, no te dan el cariño que tú necesitas. Ahora que yo me enfermé, yo no busqué médico o medicamento principalmente. Lo que hice fue agarrar mi maleta y decirle a la señora que me iba a mi casa. No porque necesite la atención directa, sino que lo que buscaba era saber que mi hijo estaba cerca; buscaba el calor de saber que estaba entre mi familia, y que alguien por lo menos se preocupe de decirte, ¿comiste, tomaste una taza de té? Yo buscaba ese calor humano. No buscaba los medicamentos o atención del médico, sino el apego de la familia. Y a los ancianos les debe pasar lo mismo. En su momento, en el asilo están mejor atendidos, pero la parte humana y el calor de hogar no la tienen" (CI-11)

C: "Yo la trato a ella como si fuera mi madre cuando la estoy bañando, le estoy poniendo perfume, la estoy peinando... me refleja a mi madre" (CI-19)

C: "Pues... cuando yo estoy con ella siento como que estoy con mi madre" (CI-26).

Los cuidadores familiares defienden la premisa de que el cuidado familiar es diferente al que puede proporcionar una cuidadora informal inmigrante. Aducen vínculos relacionados con los roles y lazos familiares como garantes de una calidad de cuidados

que señalan no se da cuando el cuidador no es familiar. Sin embargo, existen en la etnografía muchas más alusiones a la calidad de vida, a la implicación personal, a la valoración del trato humano, y a los valores asociados al cuidado en el discurso de los cuidadores inmigrantes que en el de los cuidadores familiares. Además, hemos resaltado en estos últimos fragmentos etnográficos una serie de percepciones del cuidado que aluden a relaciones familiares aún cuando no existe vínculo real de parentesco. En este sentido ambos perfiles de cuidadores aluden a la familia como entidad que mejor puede proveer cuidados informales; el mero hecho de la presencia de cuidadores inmigrantes señala las deficiencias de la familia al respecto, pero por otro lado, el compartir la misma visión de la familia en relación al cuidado, facilita la sustitución de roles familiares por parte del cuidador no familiar.

En el caso de los cuidadores familiares existen menos alusiones a la implicación personal en el cuidado; es algo que se da por supuesto dentro del rol familiar, constituyendo un aspecto al que escasamente se alude de manera explícita. Sin embargo, en los cuidadores inmigrantes existen muchas y diversas alusiones a la implicación personal, sobrepasando los límites propios de una actividad laboral.

Según Douglas, sería un fraude tomar algunas partes de la perspectiva del *otro* y desechar muchas otras por considerarlas inaceptables. En este sentido puede ser pertinente aplicar una teoría cultural basada en la convivencia y en la solidaridad y buscando una misma base común (Douglas, M. 1998). Extrapolando los postulados de Douglas a los cuidados informales, esa parte común refiere a la dimensión universal que estamos analizando.

Sin embargo, autores como Lévi Strauss llegan a la conclusión de que cada cual debe ser cada cual; que las culturas sean nómadas con algún “*ventanuco*” que otro, pero mejor cerrados que abiertos, y así cada uno disfrutará en su propia casa de lo que es peculiar e intransferible. Lévi Strauss incurre en esa autocentricidad cultural porque piensa que el mestizaje y los préstamos culturales son tan intensos y arrolladores que corremos el peligro de llegar a sociedades decadentes. Somos, según Lévi Strauss, como pasajeros de los trenes que son nuestras culturas, cada uno viaja sobre sus propios raíles, con su propia velocidad y en su propia dirección. Los trenes que corren junto al nuestro, en direcciones similares y a velocidades no muy distintas de la nuestra, nos son al menos visibles cuando los miramos desde nuestros compartimentos. Pero aquellos trenes que van por una vía oblicua o paralela y circulan en dirección opuesta no lo son (Ídem).

Estudiar los elementos clave de la Enfermería Transcultural que acuñó Leininger nos permite acercarnos de una forma deductiva a la dimensión universal del cuidado, a ese aspecto común, generalizable, intransferible, básico o incluso abstracto al que los

autores mencionados aluden en el contexto de la cultura. Vamos a valorar en nuestra etnografía la presencia de éstos, que son: base cultural y afectación a los comportamientos de salud y enfermedad, significados en términos de supervivencia, diferenciación de los procesos de socialización en distintas personas, visión de la vida por parte del individuo, creencias, valores y normas sobre salud y enfermedad.

La mayor parte de los cuidadores inmigrantes son de origen latinoamericano. Este aspecto nos acerca mutuamente, erigiéndose como una base común a partir de la cual se identifican y manifiestan diversas representaciones y prácticas culturales totalmente distintas.

Existe una perpetuación social de los roles tradicionales del cuidado ligados a la figura de la mujer en un entorno invisible de cuidados, circunscrito al grupo doméstico-familiar. Este aspecto también favorece la identificación de nexos comunes entre las distintas cosmovisiones del cuidado.

Por otro lado, la actividad de cuidar en los entornos domésticos se remonta en todos los casos a las expresiones más primarias del cuidado, ligadas a las prácticas para el mantenimiento de la vida, y este aspecto sigue identificándose como universal y común, incluso más cercano a lo natural que a lo propiamente cultural.

Valores como la solidaridad, la presencia humana, la reciprocidad, la valoración de los vínculos familiares y del apego, son aspectos que se asocian transculturalmente a las prácticas de salud en nuestro estudio, y también las incorporamos a esa dimensión universal que subyace en el cuidado.

Retomamos ahora los constructos principales del cuidado transcultural según Leininger para analizarlos en los relatos etnográficos; nos referimos concretamente a respeto (entender las creencias culturales, valores y maneras de vivir), ser conscientes de lo que nos rodea, atención a los detalles (*"anticiparse a"*), ayudar, asistir, facilitar actos, escucha activa, dar presencia y *"estar"* (Leininger 1997). Todos ellos aparecen en los discursos de nuestros informantes, especialmente en los fragmentos que hemos seleccionado donde se hace alusión a la dimensión universal de los cuidados. Resaltamos el primero de ellos, que alude al respeto frente a normas culturales, valores y formas de vida; éste se evidencia claramente en nuestro estudio durante el establecimiento del diálogo cultural y a la hora de llevar a cabo el intercambio de saberes, ideas y prácticas. En muchas ocasiones, ese respeto es el que modula o limita la aplicación de determinadas prácticas de salud propias de la Medicina Tradicional de sus países de origen hacia la persona a la que cuidan en España.

Vamos a abordar a continuación el análisis de los aspectos culturales del cuidado, refiriéndonos a la parte específica que difiere según los diversos patrones culturales

7.5.2 Cuidados culturales (aspectos específicos)

Según Alexander, es básico tener en cuenta los siguientes aspectos para poder llevar a cabo los cuidados culturales: estructura social, visión del mundo, valores, contexto ambiental, lengua y sistemas populares tradicionales (Alexander 1994). Tomaremos éstas dimensiones para valorar algunos elementos básicos que estructuran los cuidados culturales.

Para valorar estos aspectos en los cuidados informales que proveen las mujeres inmigrantes en nuestro entorno, debemos recordar que las claves culturales del investigador coinciden con las de la persona dependiente, no con las de las cuidadoras en este caso. Igualmente, tanto cuidador como persona objeto de cuidados deben adaptarse mutuamente a través del diálogo cultural presente en los cuidados.

Existen evidencias en los relatos etnográficos que demuestran diferencias cuidador-persona dependiente en la estructura social. Todas las cuidadoras inmigrantes se sitúan en los estratos sociales más desfavorecidos, mientras que las personas que atienden se sitúan en muy diversas posiciones en la escala social. Este aspecto también modula la percepción cultural del cuidado y la visión del mundo. Las cosmovisiones son especialmente distintas, en un entorno marcado por circunstancias sociales totalmente diferentes a las de sus países de origen; sobre todo somos conscientes de ello cuando leemos los relatos de las cuidadoras inmigrantes y de la relación que tienen con las familias de la persona que cuidan, o de la visión que éstos tienen respecto a la familia o al cuidado de las personas mayores. En cuanto a los valores, hemos identificado tanto valores comunes como valores desaparecidos actualmente en nuestro entorno pero que prevalecieron en otro tiempo. Retomar ciertos modos de pensar y actuar usuales en otro tiempo pero que se encuentran en cierto desuso actualmente supone realizar un movimiento helicoidal, donde hay que retroceder ligeramente para continuar avanzando, ya que, en última instancia, se suceden de modos de actuar que mejoran la vida en la sociedad. Los contextos ambientales de origen y destino de las cuidadoras inmigrantes son completamente diferentes, así como los sistemas populares tradicionales. Hemos comprobado en la etnografía la gran diversidad de prácticas de salud que se llevan a cabo como parte de los sistemas de autoatención y autocuidado, que difieren en gran medida de las que se derivan del modelo Biomédico dominante en nuestro entorno. A nivel de lengua, hay tanto encuentros como desencuentros, siendo éstos minoritarios en nuestro estudio. Podemos identificar por tanto, diferencias culturales a todos los niveles que aducía Alexander, aspecto que influye en la variabilidad de esa parte específica del cuidado cultural.

En palabras de Geertz, lo universal en la cultura es el telón de fondo del escenario social, mientras que lo específico culturalmente se conforma de esas imágenes borrosas que ocupan el escenario pero que no llegamos a ver con claridad. *“Percibimos sólo una imagen vaga, fugaz, apenas identificable, normalmente un contorno borroso en nuestro campo visual, que no nos proporciona ninguna información sobre sí misma y solamente nos irrita porque interrumpe nuestra plácida contemplación del paisaje que sirve de telón de fondo a nuestra ensoñación”* (Strauss, L. en Geertz, C. 1996). Es necesario tener en cuenta ese telón de fondo en el ámbito de los cuidados y seguir avanzando en el movimiento de intercambio cultural iniciado, aunque invisible aún, que nos permita ir delimitando nuevas formas y siluetas cada vez más definidas de proveedores de cuidados informales, con un papel cada vez más importante en la representación de la salud de las personas dependientes.

7.5.3 Herencia cultural en los cuidados

La herencia cultural es un elemento de mediación en la construcción social de la realidad. En tanto que los entornos domésticos se están configurando como escenarios con nuevos espacios simbólicos de cuidado donde se desarrollan cuidados informales interculturales, culturales y transculturales, es importante conocer la parte cultural que se mantiene y permanece inalterable en las prácticas de los cuidadores inmigrantes, es decir, la herencia cultural que se aprecia en los cuidados que ejercen.

De acuerdo con Las Heras, la herencia cultural influye en gran medida en los procesos de autoatención y autocuidado (Las Heras-Mosteiro, Otero Puime & Gallardo-Pino 2008). En tanto que los cuidadores son los principales proveedores de cuidados informales en los entornos domésticos, toda iniciativa de atención frente al proceso s/e/a va a estar influenciada por la cosmovisión y las prácticas de salud heredadas y mantenidas en su entorno actual. Aspectos como la integración cultural del inmigrante en el entorno doméstico (principalmente), y social (secundariamente), determinan directamente el mantenimiento de la herencia cultural en los cuidados. Los extremos en la integración, ya sea absoluta o nula, no favorecen el mantenimiento de un mayor nivel de herencia cultural. En nuestra etnografía encontramos casos tanto de aculturación total como de procesos progresivos de integración cultural circunscrita a los espacios domésticos; éstos se correlacionan con un nivel de herencia cultural que podríamos definir como intermedio, en tanto que algunas prácticas dejan de ejercerse en nuestro entorno pero tampoco desaparecen. Es difícil establecer una medida de hasta qué punto una cuidadora inmigrante se identifica con su herencia cultural, pero a modo aproximativo, podemos decir que en nuestro estudio encontramos sólo cierto grado de herencia cultural.

Según Spector, las dimensiones de ésta son: la preferencia de la lengua, de la alimentación, mantenimiento del nombre, los tipos de escuelas e iglesias, los lazos con el entorno, la percepción sobre los vínculos familiares y las actividades sociales determinan el mantenimiento de la herencia cultural en el entorno doméstico (Spector 2002). Todas estas dimensiones han sido analizadas en la etnografía, bien como categorías de estudio incluidas en la entrevista, bien como categorías emergentes del mismo. Se mantiene la lengua, las costumbres culinarias y un fuerte sentimiento familista. Respecto a las actividades sociales, identificamos en el capítulo dedicado a inmigración un cierto déficit de integración social, frente a una adecuada integración en el grupo doméstico-familiar. Así, la tendencia a relacionarse principalmente con otros compatriotas o inmigrantes procedentes de otros países, en muchos casos miembros de la red de apoyo, retroalimenta la falta de integración social pero a la vez, los reafirma en su herencia cultural, que a un nivel social más amplio, actúa como signo de identidad.

La aparición del mestizaje era considerado por Lévi Strauss como una amenaza a la diversidad cultural (Lévi-Strauss 1985). Diferimos respecto a este planteamiento, ya que en la etnografía se pueden encontrar evidencias de diversidad cultural y de herencia cultural simultáneamente.

La presencia de herencia cultural o consistencia cultural, el intercambio cultural y la mezcla cultural son fenómenos que ocurren simultáneamente y confluyen a través de los cuidados informales, aspecto que hemos comprobado que enriquece tanto lo universal como lo específico de los cuidados.

Conocer el nivel de herencia cultural en los cuidadores inmigrantes sirve para valorar y comprender mejor sus prácticas de salud con la persona dependiente. Por parte del sector formal de cuidados, dicho conocimiento le permite una mejor adaptación y habilitación de los recursos comunitarios disponibles. Si esto se consigue, se alcanzaría la competencia cultural.

Cuidadores tanto formales como informales tienen el reto de ser competentes culturalmente en su actividad de cuidar, demostrando que puede establecerse una distancia con la cultura propia, conllevando además, un tipo especial de dominio sobre ésta.

La competencia cultural defiende, de alguna manera, que las fronteras culturales se mantengan en parte. Aunque algunos individuos las cruzan, los defensores de la diversidad, mantienen separadas las experiencias que viven a ambos lados de esa frontera (McGuire 2002).

La coexistencia en una misma sociedad de una compleja pluralidad de creencias culturales y cosmovisiones, hace que cada uno de esos diferentes sistemas de significado

implicados en el entendimiento de las causas de la enfermedad, ideales de salud y conexiones simbólicas entre el cuerpo y el grupo social o universo del que forma parte se conciben conjuntamente y no se pueda identificar un único sistema cultural a seguir por parte de la sociedad como marco de referencia, sino múltiples, y con diferentes niveles (lo universal, lo cultural y lo específicamente personal).

7.6 PERSPECTIVAS DE FUTURO EN LOS CUIDADOS INFORMALES

Los cuidados informales y los sistemas de autoatención a la salud se encuentran en un proceso de transformación que les permite responder a las situaciones de cambio social de forma constructiva y beneficiosa en muchos sentidos.

La percepción sobre las expectativas de futuro respecto al cuidado informal por parte de las cuidadoras inmigrantes es la siguiente:

C: " Si lo toman como un trabajo esforzado, como algo que no les gusta, no lo recomiendo porque no lo van a desempeñar bien. Pero si les gusta, es una aportación a la sociedad ayudando a la gente que no puede valerse por sí sólo, y que todos vamos a llegar. Yo lo veo agradable, para mí no es nada desagradable. No es algo que yo haga de mala gana. Y la cojo a la abuela, le doy un besito, es como una abuela como nunca la he tenido. Yo creo que eso es lo que se hace a una abuela. Sí que veo necesaria una preparación y también, que por lo menos se elija a la persona, porque hay personas, qué se yo, que tienen más carácter....pero hay personas que tienen más paciencia, como para un crío, pues entonces tiene paciencia para una persona mayor. Porque muchas veces los abuelos sufren maltrato, y los abuelos no pueden hablar. La abuela no la pasaría entonces bien; se le complicaría su enfermedad y todo. Es también función del centro de salud, del enfermero, de hacer visitas para ver a los abuelos, y de capacitar a los cuidadores del sector, no sé, algún tipo de estímulo, de actividad, aunque sea un día de camping para los cuidadores. Es que es absorbente. Es que tienes que dar toda la atención a la persona, todo el tiempo. Y a ti nadie te da nada". (CI-2)

C: " Se podría dar más formación, más ayudas para trabajar en las casas. Yo pienso que más adelante puede ser. Se necesita mucha información. Ahora mismo, habrá muchas personas que no saben cómo actuar, cómo tratar a personas mayores, o que no tienen el carácter o no saben cómo comportarse con una persona mayor." (CI-4)

C: "Cada día más solicitadas, porque a los viejos, no los quiere nadie aquí, ni en pintura..Como no sea llamar o algo así...y cuando se muera para quedarse con los pisos y el dinero. Pero para estar ellos cuidándolos....no. Es verdad" (CI-5)

C: " Mientras pueda y esté aquí, sí. Sí me gustaría seguir de cuidadora, también por ayudarme a mí misma. En otro trabajo, te tienes que ir, te estresas, te cambias, tienes que madrugar,...y aquí no, y además ayudas a las personas. Eres tú quien te beneficias aquí, no te perjudicas

nada. Tal vez, en otro trabajo ganas más, pero estás 8 horas seguidas, o 10 horas, y en cambio, aquí, estás en casa....no es lo mismo” (CI-9)

C:”Rara es la española que trabaje interna”. (CI-15)

C:” Pienso que siempre va a haber trabajo porque aquí hay muchos ancianos, hay muy pocos niños. Al menos aquí hay más niños pero en Madrid, tú sales a la calle y nada más ves personas mayores en todos los contornos y muy pocos niños. Mucha gente sola, que no tuvieron hijos en su juventud, entonces esas personas mayores o el gobierno les paga una cuidadora o ellos han ahorrado me imagino, porque algo no se casaron ni tuvieron hijos porque se dedicaron mucho al trabajo” (CI-17)

C:” No puedo decir tal cosa porque no van a hacerlo. El español tiene que darse cuenta si es mejor mandarlo a un asilo de ancianos o tener a una inmigrante trabajando. A mi me gustaría que tuvieran mujeres trabajando cuidando de los ancianos, porque lo veo mejor ahí” (CI-18)

C:” No lo sé, yo pienso... ya habrá más ancianos ¿no?, la tele lo dice que habrá muchos más. Pero también he oído que la gente tranquila que se viene por una parte bien porque cuida a esas personas mayores, claro que hay residencias y eso pero creo que eso les sale mucho más caro, entonces como hay quien quiera cuidarlos pues entonces y optan por eso. Yo pienso que habrá, no sé, mientras vengan, porque normalmente la gente que hace eso es la que recién llega porque la que está aquí ya tiempo no lo hace, yo no lo haría, no lo vuelvo a hacer más porque es muy duro y también porque tengo otras opciones de trabajo, ya no debo, porque la gente cuando viene debe y cuando debes se desea pagar y no deber a nadie. Porque eso es una pena de estar pagando” (CI-20)

C:”Sí, sí. Si haber, hay trabajo. Pero también hay gente que tiene conciencia, hacen las cosas; pero hay gente que se aprovecha de un extranjero...” (CI-23)

C:” Sí, yo creo que sí, que seguirá aumentando. Otros se están yendo; pero muchos se están volviendo enfermos, y ancianos”. (CI-24)

C:” Yo creo que sí hay futuro para dedicarse a esto” (CI-26)

C:” Yo creo que va a haber trabajo; hay mucho trabajo...sí, yo creo que sí” (CI-27)

Las cuidadoras inmigrantes perciben la necesidad continuada de atención a personas dependientes, defendiendo el cuidado domiciliario de éstas. Es evidente que puede haber una clara influencia de intereses personales en esta opinión, pero las ventajas que argumentan coinciden con la percepción del cuidado ligado al grupo familiar que se mantiene en sus sociedades de origen, y que por tanto, subyace a sus cosmovisiones del cuidado.

La formación es una necesidad no sólo sentida, sino ampliamente manifestada que se repite de nuevo en relación a la futura atención domiciliaria. Ya fue analizada en un capítulo anterior como parte de las necesidades que presentaba el cuidador inmigrante, y cuya solución atañe a aspectos legales, educativos y profesionales.

Por parte de los cuidadores familiares la percepción es parecida pero se considera que es el Estado quien debe habilitar más recursos sobre todo de tipo institucional. Las opiniones que apuestan por la permanencia a domicilio se deben principalmente a la falta de confianza en las futuras generaciones de esposas e hijas como cuidadoras familiares principales, así como al insuficiente compromiso del Estado a nivel económico, de manera que el contrato de una cuidadora inmigrante sería la única opción viable ante esas dos circunstancias.

C: " Si es que yo no lo sé, porque la gente ahora trabaja. Tener unas ayudas, porque claro, debería ser la familia, pero si no se arreglan en la familia porque todos trabajan, hay que pedir ayuda a los sanitarios, no sé..."

I: ¿Piensa que las cuidadoras en el domicilio seguirán estando un tiempo?

C: Claro que seguirán; solución ninguna...y que hay que tener mucha paciencia." (CF-1)

C: " Pues será meter una mujer, sea ecuatoriana o rusa...y estar aquí y ya está. Pero ¿cómo pagas?" (CF-29)

C: "Yo creo que se debería contratar más gente en las casas. Pero las residencias es que también están intocables, tampoco puedes decir: oye, que me puedo permitir el lujo ¿entiendes? Sin embargo, contratar a alguien, no es tanto" (CF-30)

C: " Mientras haya inmigrantes, habrá solución

I: ¿Qué soluciones piensa usted que podrían habilitarse para solventar el problema? ¿Cómo ve a las cuidadoras en un futuro?

C: Las inmigrantes son más de cuidar que de limpiar. Las inmigrantes cuidan y respetan mucho a los mayores "(CF-31)

C: "Pues a la residencia. Tendrán que hacer más residencias. La juventud no está por cuidar a unos padres. El gobierno tendrá que hacer algo, darle algún remedio a eso. Lo tendrán que hacer". (CF-33)

C: " Pues tendrán que poner algún centro, porque todas las personas trabajan. Unas sí, y dicen, si no gano más, gano menos, pero se conforman y miro a mi padre, mi madre, mi hermano o el que sea, pero otros, no..Te tienes que ir al sitio. Porque sabes tú que hay que arreglarse. Yo, me arreglo a lo que él gana desde que cayó, pero si fuera otra, diría: ah, pues yo tengo que ir a trabajar, pues yo esto, pues yo lo otro". (CF-34)

C: " Ahí sí que es verdad que me das en el clavo porque si la juventud como tú, que ya no contamos con gente como yo, pues dice que no va a cuidar porque trabaja, pues ¿dónde me van a mandar si no tengo una cuidadora? Pues me mandarán a la residencia, me guste o no me guste" (CF-37).

C: "Yo pienso que es más necesario ayudar más en los domicilios, porque están con sus familias; y los centros esos, a lo mejor, pues lo llevas a un centro y les pasa un año o dos años y no ven a su familia." (CF-45)

C: " Pues yo creo que las residencias no van a estar vacías. Van a estar bien ocupadas. A veces, cuando mi suegra no quiere lavarse, le digo que la voy a llevar a la residencia que allí los lavan todos los días. Y entonces me dice, venga, dúchame. Ella cobra 400 y algo euros. Pero si le dan ayuda de la dependencia, el fin ya se yo cuál es, dónde va a ir a parar el dinero, a la hija; pero la tengo que seguir cuidando yo, porque una persona interna no creo que ellos quieran" (CF-48)

Parece que la dinámica de cuidados informales continuará en la situación actual e incluso el fenómeno puede que vaya en aumento debido a la incertidumbre que generan las políticas actuales tanto de inmigración como de atención a la dependencia.

Bien es cierto que los factores sociales, culturales e históricos dibujan una realidad cambiante tanto en sus representaciones como en sus prácticas. En un contexto de diversidad cultural como es España, podemos empezar a advertir los cambios que, dentro de unos años, conllevarán la aparición de personas mayores dependientes pertenecientes también a grupos étnicos diferentes. A ese respecto cabe resaltar que en nuestra etnografía, la mayor parte de informantes inmigrantes deseaban regresar a su país, no habiendo intención de permanencia definitiva en España. No obstante, esta percepción puede variar con el tiempo. Cabe destacar que en otros entornos este fenómeno ya es una realidad, de manera que ha supuesto, a su vez, ser objeto de estudio para diversas investigaciones, tales como la de Burton en 1995. Según ésta, existen patrones diferentes tanto de cuidado informal como de uso de servicios formales de atención a la salud entre personas dependientes de diferentes grupos étnicos (Burton 1995). De Graaf también coincide con Burton en la existencia de patrones dispares de uso de los cuidados informales en un estudio realizado entre turcos y marroquíes inmigrantes en Holanda (de Graaff, Frnacke 2003). La futura realidad se sigue dibujando incierta, partiendo de un día a día cambiante socioculturalmente, con patrones en continua transformación y diversificación en cuanto al cuidado informal y diferentes usos del sistema sanitario, aspectos que será necesario tener en cuenta a la hora de diseñar las estrategias de salud del país.

Las perspectivas de futuro aluden a diferentes aspectos: por un lado, la mejora de los vínculos entre el mercado formal e informal de cuidados como base para el desarrollo de políticas públicas más eficientes (valorar la importancia y alcance real del cuidado informal en su dimensión económica); y por otro lado es la normalización del sector de los cuidados informales y la formación necesaria, pasando por reformar y reorientar las políticas de inmigración

Uribe reconoce que la aportación de la inmigración como cuidadores y cuidadoras, no ya tan invisibles al sistema nacional de salud, es un activo de primer orden; además de permitir la conciliación de la vida familiar para muchas mujeres y parejas, permite una calidad en el cuidado a niños y mayores que con anterioridad no sería posible por razones económicas (Uribe Oyarbide 2006).

Encontramos cuidados informales muy eficaces, humanizados y un nivel bastante elevado de calidad de vida en los entornos domésticos donde hay cuidadores inmigrantes; éstos han dinamizado el intercambio cultural entre los sistemas médicos tradicionales y la biomedicina a nivel de cuidado no profesional.

CAPÍTULO VIII.- CONCLUSIONES

8.- CONCLUSIONES

Ancianidad e inmigración son fenómenos que determinan dos de los cambios sociales de mayor importancia en nuestros días. El estudio de las pautas y hábitos de conducta presentes en unidades domésticas donde convergen ambos fenómenos nos ha permitido analizar las experiencias y prácticas en el proceso s/e/a. Este análisis ha permitido comprender cómo afectan dichos cambios en la conformación de una gran parte de la sociedad, tendente a la invisibilidad, con nuevas características y diferentes necesidades.

8.1-ANCIANIDAD DEPENDIENTE: PROBLEMÁTICA Y NECESIDADES.

Los procesos de cambio social (ancianidad, cambios en la familia, roles de la mujer, inmigración...) generan desigualdades en salud y también desigualdad en las posibilidades de producción de cuidados informales. Esto debe tenerse en cuenta a la hora de diseñar y planificar los dispositivos de atención formal a la salud y apoyo a la dependencia.

El cambio social que acontece actualmente afecta a la institución familiar, a los roles familiares y ligados al género, a la socialización dentro de la familia, así como a las funciones y los valores que se transmiten a través de ella. El hecho de derivar la función del cuidado informal de las personas mayores dependientes en un cuidador no familiar, encierra en sí mismo la incapacidad para cubrir las funciones que tradicionalmente ha cubierto la familia. Nos encontramos, por tanto ante un proceso de "sustitución" de roles familiares en el hogar, y ante fenómenos de "disfunción" familiar.

La situación familiar del anciano refleja en la mayoría de casos una ruptura de la estructura familiar como sistema de protección social, y por tanto, un déficit de la cobertura de los fines sociales que posee como institución. Se constata un déficit de apoyo tanto familiar como de red social y grupos de autoayuda, pilares fundamentales en los que se sustentan ciertas experiencias vitales como envejecer de forma dependiente.

No se identifica pertenencia a ningún movimiento asociativo ni de grupos de autoapoyo debido a que los movimientos asociativos suelen girar en torno a enfermedades legitimadas, no en torno a situaciones de dependencia, no legitimadas en muchas ocasiones (a pesar del enfoque centrado en la enfermedad de la Ley de Dependencia).

Los cuidados informales a personas mayores dependientes se proporcionan en muchas ocasiones desde una unidad doméstica u hogar, y en la mayoría de ocasiones con

cierto grado de ausencia familiar. Nos referimos a hogares y no a familias, tratándose de términos que cada día aluden a realidades más alejadas sin que uno implique al otro. Se trata de otro fenómeno que podemos describir en relación a la familia frente a la ancianidad dependiente, concluyendo que se está sustituyendo a la familia como unidad funcional por el hogar/unidad doméstica, con la pérdida a nivel personal que esto conlleva para el cuidado global de la persona dependiente.

Mientras que los cuidadores familiares perciben mayoritariamente al anciano dependiente como una persona enferma, los cuidadores inmigrantes latinoamericanos no lo hacen, en tanto que las representaciones de la ancianidad y la familia que actúan como referentes son las que están construidas en sus países de origen (Bolivia, Ecuador, Perú, Colombia...).

La actual Ley de Dependencia presenta una fuerte asociación a la enfermedad, especialmente con la categoría *disease* de la misma. Esto responde al hecho de que la ancianidad sigue estando muy medicalizada y el sistema Biomédico continúa ejerciendo el control sobre esta situación. No obstante, nos encontramos ante un proceso que teóricamente se dirige hacia la desmedicalización, más o menos progresiva, de los procesos naturales (como puede ser la muerte o vivir la etapa final de la vida), donde la dimensión social cobra más importancia frente a la sanitaria en la problemática y circunstancias de la persona mayor dependiente.

Si bien, en términos generales, dicha ley ha marcado un avance, cabe resaltar que implica un compromiso compartido tanto por el Estado como por la familia. No ha supuesto un cambio radical que implique pasar del enfoque familiar y particular a una visión universalista de protección únicamente pública. La familia sigue siendo considerada por el Estado como un recurso básico, precursor, preservador y receptor del bien social en cuanto a su tradicional rol. Debe cumplir la función de protección social a la dependencia (modelo familista). Este aspecto denota cierta incoherencia entre las medidas e iniciativas de atención a la dependencia por parte de los poderes públicos y la realidad de cambio social que acontece dentro de la institución familiar. No es adecuado enfocar un sistema de atención a la dependencia cuyas representaciones continúan estando basadas en la Biomedicina curativa y en la familia como recurso básico cuando las prácticas que se están llevando a cabo se dirigen en otro sentido, donde hay un déficit de apoyo familiar como recurso junto con una gran demanda y consumo, principalmente, de cuidados informales y autoatención doméstica. Las representaciones no consiguen explicar las prácticas actuales, por ello la percepción general de las familias con personas dependientes no es satisfactoria respecto a las medidas que ofrece el sistema de protección público, aspecto que determina en muchas ocasiones la búsqueda, a modo particular e invisible, de otros dispositivos informales de cuidado doméstico.

Es necesario el conocimiento mutuo entre los sectores formal e informal, especialmente cuando existen cuidadores inmigrantes para poder conseguir un enriquecimiento bidireccional y un mejor aprovechamiento de los recursos de cara al abordaje de los cuidados a personas dependientes.

Existe una percepción de déficit de apoyo social y sanitario a la dependencia por parte de los cuidadores, especialmente los familiares. La insuficiencia de apoyo social puede originar carencias y problemáticas diversas. Tanto el anciano aislado que envejece en soledad, como el inmigrante que viene y no tiene red social, se ven afectados por esta circunstancia que, siendo un conflicto en sí misma, podría albergar una oportunidad para beneficio mutuo de ambos en este sentido. Aislamiento y soledad son elementos comunes a la ancianidad y la inmigración, actores sociales que confluyen en un mismo espacio doméstico y que pueden constituir un maridaje con diversas oportunidades de enriquecimiento a muchos niveles.

Las necesidades de los cuidadores informales refieren principalmente a recursos económicos o coberturas particulares y *“ayuda”*. Al margen del aspecto material, se destaca un déficit de ayuda, tanto social como sanitaria, reflejando una falta de cobertura de necesidades que sólo son evidentes en el entorno doméstico y quedan subsumidas en una laguna situada entre lo social y lo sanitario. Según los cuidadores, su problemática no se resuelve con una aportación económica al ser de orden social.

Disconformidad e insatisfacción, descoordinación y falta de continuidad respecto a la ayuda y recursos recibidos por las familias para la atención de la persona dependiente son las principales características del discurso de los cuidadores informales familiares. Sistema formal e informal de cuidados constituyen conjuntamente un mecanismo de apoyo a la dependencia en los domicilios en el que la balanza está descompensada y, por tanto, la percepción por parte de los cuidadores familiares es bastante negativa en cuanto a cobertura de servicios.

Las personas dependientes constituyen el grupo más numeroso de consumidores de los servicios sanitarios públicos. A este respecto, y siguiendo con la línea actual de unas políticas sanitarias que incrementan gradualmente el ajuste del gasto sanitario, deben tenerse en cuenta estas otras formas de atender a la salud en las unidades domésticas en tanto que representan una mayor autonomía por parte de la díada cuidador-persona dependiente. Para apoyarlas y desarrollarlas, es necesario conocer los procesos sociales básicos que intervienen en la producción y reproducción cotidiana del cuidado informal, cobrando especial protagonismo la cuidadora inmigrante y la persona mayor dependiente, que se encuentran en el centro del proceso.

8.2-ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DE LOS DISPOSITIVOS QUE CONFIGURAN LOS CUIDADOS INFORMALES Y EL PROCESO DE INTERCAMBIO DE APOYO ENTRE CUIDADORES

La respuesta informal de cuidados es una construcción social que depende en gran medida del contexto en el que se produce, puesto que, en otros países se configura de manera totalmente distinta. A su vez, también depende de cómo se construyen diversos procesos como la organización del mercado de trabajo, los roles asociados al género o las políticas del Estado. En nuestro entorno, identificamos una construcción de género con un reparto de roles bastante tradicional, frente a un mercado de trabajo donde la mujer tiene gran protagonismo, junto a un déficit de políticas estatales de atención a la dependencia. Estos tres puntos delimitan la forma en que se lleva a cabo la producción social de los cuidados informales.

En esta etnografía, las dinámicas domésticas diarias se conforman en torno a actividades de carácter doméstico general y cuidados informales. Dentro de éstos, se identifica una pauta basada principalmente en acompañamientos, aseo personal, administración de medicación, curas, masajes y movilizaciones, alimentación y afecto. Tanto las actividades de acompañamiento como el soporte afectivo son los aspectos especialmente resaltados y valorados de difícil o imposible cobertura por parte del sistema formal de cuidados.

La feminización que ha existido históricamente en el ámbito de los cuidados informales continúa generando desigualdades en la sociedad actual; simultáneamente, el fenómeno de la globalización mundial polariza las situaciones de desigualdad y las separa aún más. En mitad de ese proceso, ante la insuficiencia de las medidas adoptadas por el Estado, las mujeres inmigrantes se configuran como un nuevo elemento de desigualdad en el mercado oculto de los cuidados.

La aparición del fenómeno de las cuidadoras inmigrantes o mercantilización del cuidado, evidencia la deficiencia de las instituciones públicas españolas. Sin embargo, este hecho favorece la precariedad de las inmigrantes, e incluso, en última instancia, la feminización de la pobreza y la circunscripción de la mujer inmigrante a un nicho de trabajo sumergido que perpetúa una situación de falta de políticas eficaces tanto en la atención a las personas dependientes como a la inmigración. Este hecho contribuye a confinar a la mujer inmigrante en los sótanos de lo laboral.

El tipo de cuidadora familiar que encontramos en este estudio responde al perfil: mujer, con vínculo familiar, avanzada edad, ingresos económicos escasos o nulos, déficit de formación académica y largo tiempo dedicado al cuidado informal. Paralelamente encontramos la figura de la cuidadora inmigrante que no sustituye a aquélla sino a las nuevas generaciones de mujeres de manera que ambas coexisten en el momento actual. El perfil de cuidadora inmigrante es muy distinto al anterior, y se caracteriza por ser mujer,

adulta, joven, de origen sudamericano o rumano, principalmente, con situaciones legales dispares, casadas y con hijos (mayoritariamente en sus países de origen), con formación académica, que prefieren desarrollar su trabajo en régimen interno para asegurar así la vivienda y la cobertura de necesidades básicas. Ambos tipos de cuidadoras, con aspectos divergentes y convergentes, son los elementos centrales de los dispositivos que configuran los cuidados informales.

Debe ser reconocido y valorado el cuidado informal por parte de mujeres inmigrantes como una estructura integrante de las fórmulas intermedias entre la atención a cargo de la familia y la institucionalización de los ancianos, tratándose de una especie de “nuevo recurso” que puede no ser coyuntural, pasando a ser regulado y normalizado.

La profesionalización del sector de los cuidados a personas mayores dependientes no puede llevarse a cabo sin regularizar la situación de los inmigrantes (si no se modifica la situación de éstos, se cierra el acceso al cuidador informal inmigrante como recurso), quedando afectadas ambas áreas, tanto la atención a la dependencia como la inmigración.

Las cuidadoras inmigrantes se constituyen como un recurso, ampliamente conocido y aceptado socialmente, de fácil acceso y gran disponibilidad. A pesar de su contribución al mantenimiento y fomento de la precariedad de la inmigración, las ventajas superan a los inconvenientes, tanto para las personas dependientes como para las propias cuidadoras inmigrantes.

La atención y cuidado de personas mayores dependientes por parte de mujeres inmigrantes constituye una iniciativa a nivel social y de comunidad (macro y micro). Ofrece una solución a un grave problema, establecido como una realidad al margen de la legalidad, y que debe ser contemplado, tanto a nivel legislativo como laboral por parte del Estado en el futuro.

Es necesario incluir al cuidador inmigrante dentro del sector informal de cuidados y del mapa de estructuras de apoyo a la Dependencia. La mayor riqueza de recursos, en este caso, se asocia también a una mayor riqueza cultural.

Es un servicio imprescindible e insustituible. Es imposible que ninguna institución pueda desarrollar sus tareas. No está regularizado, pero por ello no deja de ser necesario y conocido, aunque continúa siendo invisible.

Se sigue “*cuidando en femenino*”, reproduciéndose el esquema tradicional de los cuidados al incorporar a la mujer inmigrante en el desarrollo de los cuidados informales en el entorno doméstico español.

Se han configurado nuevas redes informales de cuidado y se está dando una recuperación de valores y del sentido del cuidado. Ciertos valores socioculturales y creencias presentes en los cuidadores familiares resultan no ser adecuados para el afrontamiento del rol de cuidador. Existen determinadas creencias que acaban afectando a

la salud de los cuidadores, al influir negativamente sobre la respuesta adaptativa del cuidador familiar.

El cuidado informal ya no queda circunscrito a la familia, y por ello debe potenciarse la apertura del concepto ampliando y fomentando el desarrollo de iniciativas que vayan en esta línea (asociaciones, etc...). Las cuidadoras inmigrantes constituyen una solución intermedia o cuasi-formal ante la necesidad de cuidados informales, reproduciendo un modelo tradicional de atención a la ancianidad y la dependencia, de corte familista, pero modulado por algunas circunstancias que caracterizan el cambio social actual.

La cuidadora inmigrante asume completamente el rol de cuidadora principal. Sustituye, así, al cuidador familiar en todas las dimensiones del cuidado y de la relación humana.

El cuidador inmigrante está sobrecargado de trabajo, de manera que esta solución aunque actúa como un eficaz sistema de alivio familiar, no resuelve el problema sino que simplemente se traslada a otra persona.

El cuidador inmigrante se plantea la adaptación a la vida del nuevo entorno e intenta su mejora a través de la provisión de autocuidado y la autoatención, aspecto en el que se establece un diálogo cultural tanto del proveedor como del receptor de cuidados informales.

La liminaridad del entorno doméstico se asocia al déficit de integración social del cuidador inmigrante, aspecto que influye en la valoración y percepción social del cuidado de manera insuficiente e inadecuada, no habiendo producción/proyección social del cuidado. Se perpetúa la invisibilidad de los cuidados. La no integración social del cuidador inmigrante (incluso en situación de regularización) favorece el cuidado informal.

Se identifica un déficit general de apoyo entre cuidadores, que se agudiza especialmente en presencia de una cuidadora inmigrante. En estos casos, el apoyo por parte de la familia se circunscribe, solamente, a situaciones concretas o a consultas. Así, aunque podemos hablar de una verdadera comunidad terapéutica que se establece en el entorno doméstico, debemos señalar que no identificamos una red estructurada de cuidadores, sino más bien la figura individual del cuidador principal (familiar o inmigrante).

El cuidado informal sigue estando presente en el entorno doméstico, desempeñado por un nuevo perfil de recurso para la salud pero que desarrolla, en gran medida, tanto el autocuidado como la autoatención, especialmente esta última. Se erige, por tanto, como un instrumento que aboga por la desmedicalización de la ancianidad, dadas las limitaciones (eficacia, alcance, recursos...) que presenta el sistema Biomédico a la hora de

afrontar la cronicidad, la terminalidad o la dependencia, y se sitúa frente a la hegemonía del mismo.

En la provisión del cuidado informal por parte de la mujer inmigrante confluyen tres dimensiones: la autoatención, el autocuidado y las prácticas de Medicina Tradicional. Se ofrece una atención a la persona dependiente que se basa en unos vínculos domésticos aunque no familiares, presenta una gran riqueza de recursos y alcanza la cobertura de las funciones propias del cuidado familiar. Se estructura de igual forma que éste y comprende similares actividades, tareas, relaciones, sentimientos, emociones, reciprocidad, intercambio, invisibilidad, autogestión, privacidad, obligación y responsabilidad principalmente.

El conocimiento que hemos podido obtener a través de este estudio nos permite conocer las prioridades de los cuidados. Es posible, por tanto, llevar a cabo actividades educativas para la persona dependiente y su cuidador, de modo que se favorezca su bienestar y se facilite todo el proceso de participación informal en los cuidados. El acercamiento a esta visión puede ayudar al diseño de alguna estrategia que contribuya a regular la actividad de los cuidadores informales en un futuro, derivándose una mejora en la calidad de los cuidados y la calidad de vida, tanto de cuidadores, como de personas dependientes en los entornos familiares y domésticos.

Es necesario dar a conocer las características del cuidado informal para ayudar a orientar las políticas de apoyo sociosanitario, dada la incomprensión y desconocimiento sobre su potencialidad que aún existe respecto a este fenómeno. Debemos tener en cuenta la necesidad de avanzar en el estudio del cuidado en tanto que es un constructo crítico para el crecimiento, desarrollo y supervivencia de los seres humanos. El entendimiento profundo y completo de los cuidados permite predecir el bienestar o la salud de los individuos, familias y grupos.

8.3 ANÁLISIS DEL CAMBIO SOCIAL Y CULTURAL RELATIVO A LA INMIGRACIÓN BASADO EN LAS VIVENCIAS DE LAS CUIDADORAS INMIGRANTES.

Las migraciones constituyen un reto para el actual individualismo y para toda la sociedad a nivel cultural, social, religioso, educativo, político, jurídico y económico. Es necesario destacar la dimensión positiva del fenómeno migratorio a nivel global y valorar la excelencia social del mestizaje, la evolución cultural y la obtención de bienes derivados, tales como pluralidad, polivalencia, adaptación y diversidad integrada. La inmigración es un motor de cambio social y cultural a todos los niveles.

La funcionalidad de la mujer inmigrante en los movimientos migratorios responde a su contribución en la producción dentro de los países adscritos al sistema capitalista. La corriente migratoria femenina latinoamericana responde al estereotipo de mujer trabajadora en cuya búsqueda de mejores opciones de vida, posibilitan el sistema

productivo capitalista, gracias a su presencia y adquisición de nuevos roles ocultos detrás de un trabajo invisible en los entornos domésticos. Así, esa labor de suplencia y ayuda, cristalizada mayoritariamente en forma de cuidados familiares, permite que la mujer española se implique más a otros niveles del mercado laboral.

La inmigración continuará produciéndose mientras existan los desequilibrios entre países a nivel de desarrollo, incluso a pesar de la actual crisis económica que acontece en nuestro país. Éstos, junto con el discurso de las sociedades de acogida, son los factores que reproducen la clandestinidad de los inmigrantes en las sociedades de destino. La sociedad de acogida intenta imponer un modelo de aculturación a través de la asignación a los inmigrantes de un estatus social determinado. Esa segregación y clandestinización determina el comportamiento social del inmigrante, existiendo pocas posibilidades de integración social del mismo. Sin embargo, no ocurre lo mismo a nivel cultural, pues hay fenómenos de intercambio, mestizaje e hibridación cultural, precisamente, en un entorno totalmente invisible y aislado socialmente como es el escenario doméstico.

La discriminación social en la esfera pública se contrapone a una adecuada integración familiar con la persona dependiente en la esfera doméstica.

Mientras que a la llegada del inmigrado la red social cumple funciones que favorecen la adaptación en la recepción, el mantenimiento de ésta, y su circunscripción a determinados espacios sociales, pueden acabar influyendo negativamente en el mismo, contribuyendo a la creación de categorías de grupos de inmigrantes y a la no integración de los mismos.

La percepción general que se desprende de esta investigación, tanto por parte de los cuidadores familiares como de los cuidadores inmigrantes, es de un déficit de integración social del inmigrado. Este hecho se relaciona, íntimamente, con una mayor integración dentro de los grupos domésticos, que influye positivamente y en gran medida en los cuidados informales. Así, se plantea una relación contrapuesta: no integración social versus integración en el grupo doméstico.

El déficit de integración de los inmigrantes en nuestro entorno debe enfocarse desde la raíz del problema, es decir, desde los motivos que generan los movimientos migratorios. Para un abordaje realista del problema deberían potenciarse las políticas de cooperación al desarrollo y hacerlas más eficientes y mejor coordinadas, de manera que pudieran controlarse los flujos migratorios. Posiblemente, serían medidas que demostrarían mayor eficiencia que el desarrollo de políticas de integración en los países de destino, en tanto que no es un objetivo prioritario para los inmigrantes en la actualidad.

En cuanto al cambio social, se advierte un fenómeno de clara desestructuración familiar, tanto de la persona dependiente (cambio de roles, sobre todo filiales) como del cuidador inmigrante (desestructuración familiar en sus países de origen). Dicha

desestructuración familiar favorece en cierto modo la adopción de roles familiares por parte de los cuidadores inmigrantes en las unidades domésticas de la persona dependiente, llegando a sustituir figuras filiales. Se recomponen las familias nucleares en las nuevas unidades domésticas (inmigrantes y personas dependientes), recreando situaciones familiares de origen de los cuidadores inmigrantes.

Las cuidadoras inmigrantes reproducen en nuestro entorno una concepción familista del cuidado y de la unidad doméstica. Sin embargo, las prácticas de dichas representaciones no las llevan a cabo con sus propias familias, ya que una de las principales características que presentan a nivel familiar es un elevado nivel de desestructuración debido al hecho migratorio. Este aspecto refuerza los lazos transnacionales. Por otro lado, la estructura de la familia española también presenta ciertos rasgos de desestructuración y aislamiento, de manera que se dibujan nuevas unidades domésticas donde uno de los miembros centrales es la cuidadora inmigrante en lugar de otros miembros de la familia. Cabe resaltar algunos casos que hemos podido estudiar con la estructura de una familia nuclear inmigrante (esposo-esposa-hijo) residiendo en la vivienda de la persona dependiente. Se constituyen así unidades domésticas de cuidados muy similares a la que podría darse en la propia familia de la persona objeto de cuidados. Se dibuja un escenario de gran interés y ventajas para ambas partes a muchos niveles. Se trata de una nueva estructura donde la única persona no perteneciente a la unidad familiar es la persona dependiente.

A nivel cultural se aprecia un proceso de inserción, pero no de integración cultural, que viene determinado en gran medida por el déficit de participación social en los grupos del nuevo contexto. En un macroanálisis, hablamos de inserción cultural y no de integración. Si embargo, a nivel de grupo doméstico, es decir, aplicando un microanálisis, sí que se aprecia un fenómeno de intercambio cultural, hibridación, mestizaje e interculturalidad mediado por el diálogo cultural que se establece a través de la aplicación de los cuidados informales por parte de cuidadores inmigrantes a personas mayores dependientes en su domicilio.

Las cuidadoras inmigrantes entrevistadas consideran que el dominio de ciertos códigos de comportamiento y de relaciones a nivel social (integración social) es un signo de integración en el nuevo entorno mucho más valorado que la asimilación de la nueva cultura de esa sociedad (integración cultural). Se consigue la integración cultural, en mayor medida, que la integración social, sin coincidir la realidad de sus experiencias con sus expectativas de integración.

8.4-MESTIZAJE Y DIÁLOGO CULTURAL EN LA DIMENSIÓN DOMÉSTICA DE CUIDAR: ANÁLISIS DE LA HERENCIA CULTURAL, CUIDADOS CULTURALES Y OTRAS FORMAS DE ATENDER A LA SALUD CIRCUNSCRITAS A LA AUTOATENCIÓN.

La inmigración, específicamente la femenina, es un fenómeno que en la actualidad está creando en España un escenario que ofrece muchas posibilidades de enriquecimiento cultural mutuo, además de muchísimas formas de colaborar, aportar, enriquecer, cuidar y beneficiar específicamente al colectivo de personas dependientes necesitadas de cuidado en el ámbito doméstico-familiar.

Se establece un diálogo cultural en el ámbito del cuidado informal, caracterizado por la interculturalidad y adaptación mutua

Se identifican elementos de hibridación cultural en el cuidado informal por parte de cuidadores inmigrantes.

Las vivencias de intercambio e integración cultural demuestran la aparición de nuevas prácticas de atención a la salud en el patrón de cuidados informales y de comportamientos culturales en los sistemas de autocuidado.

Cuando se establece el diálogo cultural entre personas con patrones culturales muy diferentes, se llega a reconocer quién se es en la medida en la que se conoce al otro diferente. Conocer de cerca otras maneras de pensar, de atender la salud, otros modos de verla y valorarla, supone también el reto de ampliar nuestros propios límites. La articulación de ese diálogo cultural produce una transformación tanto en el sujeto como en el objeto de los cuidados informales, de manera que cuidador y persona dependiente no son los mismos después de enseñar y de aprender algo nuevo. Así, en esta investigación identificamos la existencia de un diálogo cultural que se manifiesta con una situación de equilibrio entre la interculturalidad y la oportunidad de cambio.

Las cuidadoras inmigrantes contribuyen al reconocimiento del uso de la medicina tradicional, en tanto que el conocimiento de sus prácticas permite entender más ampliamente los procesos de búsqueda de salud sin caer en etiquetajes reduccionistas (sector popular/sector profesional de atención a la salud). Ambos están implicados en la respuesta del individuo durante el proceso salud/enfermedad/atención, aspecto que reafirma y reconoce, aunque sin legitimarlo, la existencia de un modelo de pluralismo asistencial en nuestro entorno. La figura de la mujer inmigrante se erige en este estudio como principal consumidora de medicinas tradicionales, extendiendo la provisión de estas prácticas de salud al resto de miembros de la familia o grupo doméstico a su cuidado, aspecto que favorece el pluralismo asistencial pero que, a la vez, fomenta su invisibilidad.

La integración cultural del inmigrante en el entorno doméstico (principalmente), y social (secundariamente), determina directamente el mantenimiento de la herencia

cultural en los cuidados. En esta etnografía encontramos casos tanto de completa aculturación, como procesos progresivos de integración cultural circunscrita al espacio doméstico. Se produce así un nivel medio de mantenimiento de la herencia cultural, en tanto que algunas prácticas dejan de ejercerse en nuestro entorno, pero, en términos generales, tampoco desaparecen.

Conocer el nivel de herencia cultural en los cuidadores inmigrantes nos permite valorar y comprender mejor sus prácticas de salud con la persona dependiente. Por parte del sector formal de cuidados, dicho conocimiento posibilita una mejor adaptación y habilitación de los recursos comunitarios disponibles, y si esto se consigue, se alcanza la competencia cultural.

Es necesario conocer en profundidad las creencias acerca de los cuidados, así como los cambios y construcciones socioculturales sobre los mismos, debido a su influencia en la calidad de vida de la persona dependiente.

Aunque se tiende a calificar los métodos curativos y cuidados tradicionales de nuestros antepasados como algo propio de otro tiempo u obsoleto, debe apreciarse su eficacia simplemente reconociendo que sobreviven en el tiempo, a través de muy distintas formas, contribuyendo, en definitiva, a la supervivencia de la humanidad y a la calidad de vida.

Se identifica una recuperación y transformación de roles familiares en relación al cuidado en los entornos domésticos, que se relaciona con una mayor sensación de comodidad y bienestar tanto en cuidadores inmigrantes como en personas dependientes (calidad de vida).

Se observa un fenómeno de potenciación de los sistemas de autoatención, especialmente, en cuanto a procesos agudos en las personas ancianas dependientes cuidadas por mujeres inmigrantes, de manera que esto puede favorecer la disminución de la demanda asistencial a nivel Biomédico. Sería interesante continuar investigando los efectos de este fenómeno a distintos niveles del dispositivo asistencial al uso. Se trataría de determinar los beneficios tanto para el sistema formal (menor presión asistencial, menor gasto sanitario,...), como para el sistema informal de cuidados de salud (menor derivación de la persona dependiente a diferentes servicios de salud, mayor permanencia en su domicilio, mayor continuidad de los cuidados, mayor calidad de vida...).

Los cuidados, igual que la cultura, son comunes y específicos a la vez. Así, los cuidados informales y las prácticas de autoatención se establecen como categorías intermedias en el continuum que se dibuja entre lo universal y lo individual.

Se recobra la importancia de lo natural, lo universal de los cuidados, que constituye la esencia de los cuidados culturales, y se inicia un proceso de intercambio cultural que permite la adaptación mutua en cuanto a los aspectos específicos de los cuidados mediados en mayor medida por la cultura.

El inicio de intercambio cultural a nivel de cuidados informales, que se establece en los entornos domésticos, es un fenómeno que ocurre a la vez que se pone de manifiesto el carácter universal del cuidado. No son opuestos, sino que establecen un equilibrio que permite la provisión de cuidados holísticos. Aspectos universales y específicos del cuidado no se presentan como polos antitéticos, sino como las dos dimensiones de una misma actividad de cuidar influenciada por el cambio cultural.

Recuperar el sentido universal del cuidado informal ayuda a concebir el envejecimiento y la dependencia como algo natural y progresivamente cada vez más desmedicalizado, con un enfoque menos curativo, contribuyendo a la producción de un discurso social distinto acerca de la cultura de la ancianidad.

La presencia de herencia cultural o consistencia cultural, el intercambio cultural y la mezcla cultural son fenómenos que ocurren simultáneamente y confluyen a través de los cuidados informales; este aspecto hemos comprobado que enriquece tanto lo universal como lo específico de los cuidados.

Las perspectivas de futuro en los cuidados informales aluden a diferentes aspectos: por un lado, la mejora de los vínculos entre el sector formal e informal de cuidados como base para el desarrollo de políticas públicas más eficientes (valorar la importancia y alcance real del cuidado informal en su dimensión económica); y, por otro lado, la normalización del sector de los cuidados informales y la formación necesaria, al igual que reformar y reorientar las políticas de inmigración.

Las prácticas de autoatención y autocuidado representan una alternativa a la medicalización y abren otros caminos hacia un fenómeno de mayor autogestión de salud, caracterizada por cierta capacidad de decisión autónoma por parte de las unidades domésticas de cuidado y una relación más lejana a la dependencia respecto a la cobertura sociosanitaria que provee el Estado.

La OMS apoya el desarrollo de la Medicina Tradicional en países en vías de desarrollo, donde hay menor acceso a dispositivos formales de atención a la salud, y minimiza así, la dependencia de la población respecto a éstos. Ese mismo esquema se empieza a reproducir en nuestro entorno, dando lugar a un fenómeno que se está desarrollando por parte de las cuidadoras inmigrantes, quienes reproducen un patrón de prácticas (Medicina Tradicional) que responde a una cosmovisión holista y natural de la salud.

Edad, género y cultura son factores que ejercen actualmente una gran influencia en la salud y en la sociedad. Se establece así una alianza que delimita una situación de cierto equilibrio en el cuidado informal de las personas dependientes. Dichos factores socioculturales del cuidado deben ser tenidos en cuenta a la hora de diseñar dispositivos formales de atención a las personas dependientes, obteniendo una mejor organización y distribución de los recursos.

El conocimiento y clarificación de la sensibilidad cultural y las experiencias de vida acerca del cuidado informal, así como un acercamiento etnográfico a las necesidades reales de los cuidadores, deben valorarse a la hora de diseñar las políticas de atención a la Dependencia, puesto que, existen diferencias en la percepción de esas mismas necesidades según se trate de un sector u otro.

CAPÍTULO IX.- BIBLIOGRAFÍA

9. BIBLIOGRAFÍA

A, S. & Corbin, J. 2005, "Grounded Theory Methodology. An overview" en *Strategies of Qualitative inquiry*, eds. Denzin K & Lincoln YS, SAGE, London, pp. 158-184.

A, S. & Corbin, J. 1997, *Grounded Theory in practice*, SAGE, Thousand Oaks (California).

A, S. & y Corbin J 1998, "Grounded theory methodology. An overview" en *Strategies of qualitative research*, eds. Denzin K, y & Lincoln YS, SAGE, Thousand Oaks, pp. 159-183.

Achotegui, J. 2009, "Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple.", *Zerbitzuan*, , no. 46, pp. 163-171.

Ackerknecht, E.H. 1985, *Medicina y Antropología social*, Akal universitaria, Madrid.

Adams, T. 1996, "Informal family caregiving to older people with dementia: research priorities for community psychiatric nursing", *J Adv Nurs*, , nº. 24, pp. 703-710.

Adroher Biosca, S. 2000, *Mayores y Familia*, 1ª edn, Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas-IMSERSO, Madrid.

Aja, E., Arango, J. & Oliver, J. 2011, "La persistencia de la crisis" en *Inmigración y crisis económica. Impactos actuales y perspectivas de futuro*, eds. E. Aja, J. Arango & J. Oliver, 1ª edn, Bellaterra, Barcelona, pp. 13-20.

Alberdi, I. 1997, "La familia. Convergencia y divergencia de los modelos familiares españoles en el entorno europeo", *Política y Sociedad*, , nº. 26, pp. 76-94.

Alexander, J.E. 1994, "Teoría de los Cuidados Culturales" in *Modelos y Teorías en Enfermería*, ed. A. Marriner, 3ª edn, Mosby/Doyma, Madrid, pp. 424-445.

Allen, R.L. 1999, "The socio-spatial making and marking of "us": toward a critical postmodern spatial theory of difference and community", *Social Identities*, vol. 5, nº. 3, pp. 249-277.

Alonso, A., Garrido, A., Díaz, A., Casquero, R. & Riera, M. 2004, "Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS.", *Atención Primaria*, , nº. 33, pp. 61-68.

Alonso, N. 2002, "Problemática social de la demencia. ", *Geríatrika*, vol. 18, pp. 21-22.

Aparicio Mena, A.J. 2007, "La Antropología aplicada, la medicina tradicional y los sistemas de cuidado natural de la salud. Una ayuda intercultural para los padecimientos crónicos", *Gazeta de Antropología*, , nº. 23, pp. 23-14.

Arellano Millán, M. 2005, "Trabajadoras latinoamericanas en España: Migraciones laborales y género", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 24, nº. 1, pp. 151-179.

Argimón Pallas, J. 2004, "¿Son eficaces las intervenciones de apoyo a los cuidadores de pacientes con demencia?", *Atención Primaria*, vol. 33, nº. 2, pp. 67-68.

Asensi Sabater, J. 2002, "Migración y derecho: los dilemas del discurso cosmopolita" in *Derecho de la inmigración y derecho de la integración. Una visión múltiple: Unión Europea, Canadá, España, Quebec y Cataluña*, ed. Institut D'Estudis Autònoms, 1ª edn, Universitat de Catalunya, Girona, pp. 13-40.

Atkinson, P. & Hammersley, M. 1994, *Etnografía. Métodos de investigación*, 2ª edn, Paidós, Barcelona.

Azurmendi, M. 2003, *Todos somos nosotros*, 1ª edn, Taurus, Madrid.

B.O.E. 2010, *Real Decreto 1795/2010 sobre salario mínimo interprofesional*, Vol. I, Madrid.

Badía, X., Lara, N. & Roset, M. 2004, "Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer.", *Revista de Gerontología*, , no. 34, pp. 170-177.

Bailey, E.J. 2000, *Medical Anthropology and African-American Health*, Bergin & Garvey, Westport (Connecticut).

Banús, E. 2003, *La inmigración. Desafío y oportunidad para Europa*, Pamplona.

Banco Mundial 2005, *World Development Indicators*, Banco Mundial, Washington.

Barimah, K.B. & Van Teijlingen, E.R. 2008, "The use of Traditional Medicine by Ghanaians in Canada", *BMC Complementary and Alternative Medicine*, vol. 8, nº. 30, pp. 1-20.

Bauböck, R. 1994, *From aliens to citizens: Redefining the status of immigrants in Europe*, 1ª edn, Aldershot, Avebury.

Beauvoir, S. 1983, *La vejez*, 1ª trad. edn, Edhasa, Barcelona.

Bellvé Moreno, J. 2003, "¿Quién utiliza las medicinas no convencionales y por qué?", *Humanitas. Humanidades Médicas*, vol. 1, nº. 2, pp. 31-40.

Benavides, J.L. 2005, "Miradas hacia Latinoamérica: la representación discursiva de los inmigrantes latinoamericanos en la prensa española y estadounidense", *Palabra-Clave*, vol. 8, nº. 2, pp. 1-18.

Benedict, R. 1989, *El hombre y la cultura*, 1ª edn, Edhasa, Barcelona.

Berger, P. & Luckmann, T. 1984, *La construcción social de la realidad*, 1ª edn, Amorrortu, Buenos Aires.

Berjano, E. 2005, "Dependencia y calidad de vida en las personas mayores", *Rev Mult Gerontol*, vol. 15, nº. 3, pp. 144-154.

Berjano, E., Simó, C. & Ariño, A. 2005, "El cuidado de personas mayores dependientes realizado por ciudadanos inmigrantes en la comunidad valenciana" en *Cuidado a la dependencia e inmigración*, ed. IMSERSO, 1ª edn, IMSERSO, Madrid, pp. 128-231.

Blanco, C. 1993, *La integración de los inmigrantes en las sociedades receptoras*, 1ª edn, Universidad de Deusto, Bilbao.

Bott, E. 1990, *Familia y red social: roles, normas y relaciones externas en las familias urbanas*, 1ª Español edn, Thaurus, Madrid.

Bourdieu, P. 1999, *Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción*. 1ª español edn, Anagrama, Barcelona.

Bourdieu, P. 1998, *La distinción*. 1ª castellano edn, Taurus, Madrid.

Bover Bover, A. 2006, "El impacto de cuidar en el bienestar percibido por mujeres y varones de mediana edad: una perspectiva de género.", *Enfermería Clínica*, vol. 16, nº. 2, pp. 69-76.

Bover Bover, A. 2004, *Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones y estrategias de cuidado ligadas a género y a la generación*, Universitat de les Illes Balears.

Burnard, P.A. 1991, "A method of analysing interview transcripts en qualitative research", *Nurse Education Today*, , nº. 11, pp. 461-466.

Burton, L. & al, e. 1995, "The structure of informal care: Are there differences by race?", *The Gerontologist*, vol. 35, nº. 6, pp. 744-752.

Campoy Lozar, M. 1995, "Alteraciones organizativas producidas por el cambio social: la marginación social", *Cuadernos de Trabajo Social*, , nº. 8, pp. 17-38.

Camps, V. 1998, "La ética del cuidado" in *El siglo de las mujeres*, ed. V. Camps, 1ª edn, Ediciones Cátedra, Madrid, pp. 69-81.

Canals, J. 2003, "Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas: reciprocidades, identidades y dependencias", *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, vol. 3, nº. 1, pp. 71-81.

Cantor, M.H. 1991, "Family and community: changing roles in an aging society", *Gerontologist*, vol. 31, nº. 3, pp. 337-46.

Carbajal Mendoza, M. 2001, "Adaptación...integración en las inmigrantes latinoamericanas clandestinizadas en Suiza: paradojas y contradicciones", *Scripta Nova*, vol. 17, nº. 94, pp. 1-18.

Cardelús, J. & Pascual, A. 1979, *Movimientos migratorios y organizaciøn social*, Península, Barcelona.

Castells, M. 1996, *Local y global. La gestión de las ciudades en la era de la información*. 1ª edn, Taurus, Madrid.

Castells, M. & Ortiz, M.P. 1992, *Análisis de las políticas de vejez en España en el contexto europeo*, 1ª edn, Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales, Madrid.

Castles, S. & Miller 2004, *La era de la migración: Movimientos internacionales de población en el mundo moderno*, 1ª edn, Univesidad Autónoma de Zacatecas, México D.F.

Cebrián, J.A., Bodega, M.I. & López Sala, A.M. 2009, "Migraciones internacionales: conceptos, modelos y políticas estatales.", *Revista Migraciones*, nº. 7, pp. 137-153.

Chamizo de la Rubia, J. et al 2004, *Movimiento de personas e ideas y multiculturalidad*, Universidad de Deusto, Bilbao.

Chappel, N. & Blanford, A. 1991, "Informal and formal care. Exploring the complementarity", *Ageing and Society*, vol. II, pp. 299-317.

Charles, C. & De Maio, S. 1993, "Lay participation in health care decision making: a conceptual framework", *J Health Polit Policy Law*, , nº. 18, pp. 881-994.

Charmaz, K. 2000, *Objetivist and construtivist methods*, SAGE, Thousand Oaks. Oackland.

Checa, F. 2004, "La inmigración en España, hoy. Datos, imágenes y estereotipos" en *Movimientos migratorios contemporáneos*, eds. J. Fernández-Rufete & M. García Jimenez, 1ª edn, UCAM, Murcia, pp. 205-239.

Choza, J. 2009, "La identidad cultural de América Latina" en *La idea de América en los pensadores occidentales*, eds. J. Choza, M. Betancur & G. Muñoz, 1ª edn, Themata, Sevilla, pp. 17-31.

Cibanal, L. 2006, *Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud*. 1ª edn, Elsevier España, Madrid.

Clyburn, L.D., Stones, M.J., Hadjistavropoulos, T. & Tuokko, H. 2000, "Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease", *Journal of Gerontology. Social Sciences*, vol. 55, pp. 2-13.

Cockerham, W.C. 2002, *Sociología de la Medicina*, 8ª original edn, Prentice Hall, Madrid.

Coleman, J.S. 1990, *Foundations of social theory*, Harvard University Press, Cambridge.

Collière, M.F. 1982, *Promover la vida*, 1ª edn, Interamericana/McGraw-Hill, Madrid.

Collins, C. & Jones, R. 1997, "Emotional distress and morbidity in dementia carers. A matched comparison of husbands and wives.", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, , nº. 12, pp. 1168-1173.

Comas D'Argemir, D. 1995, *Trabajo, género y cultura. La construcción de las desigualdades entre hombres y mujeres*. 1ª edn, Icaria, Barcelona.

Comelles, J.M. & Martínez Hernáez, A. 1993, *Enfermedad, cultura y sociedad*, Eudema, Madrid.

Consejo de Europa 1998, *Recommandation num. R (98) 9, du Comité des ministres aux états membres relative a la dépendance*, 1ª edn, Consejo de Europa, Estrasburgo.

Cortes Generales 1975, "Constitución Española", *Boletín Oficial del Estado*, vol. 311, pp. 29313-29424.

Cortina, A. 1994, "Del Estado de Bienestar al Estado de Justicia", *Claves de Razón Práctica*, nº. 41, pp. 12-20.

Cox, C. & Monk, A. 1993, "Hispanic culture and family care of Alzheimer's patients.", *Health and Social Work*, , nº. 18, pp. 92-101.

Crespo, M. & López, J. 2007, ""Cómo mantener su bienestar". Un programa de apoyo psicológico a cuidadores de familiares dependientes", *Revista Alzheimer*, , nº. 47, pp. 6-8.

Csordas, T. 1990, "Embodiment as a paradigm for anthropology", *Ethos*, vol 18 nº 1, pp.5-47.

D'Entremont, A. 2003, "La inmigración, fenómeno de la sociedad global" en *La inmigración, desafío y oportunidad para Europa.*, ed. E. Banús, 1ª edn, Eúnsa, Pamplona, pp. 21-35.

de Graaff, F.M. & Frnacke, A.L. 2003, "Home care for terminally ill Turks and Moroccans and their families in the Netherlands: carers' experiences and factors

influencing ease of access and use of services", *International journal of nursing studies*, vol. 40, pp. 797-805.

De la Cuesta Benjumea, C. 2002, *Tomarse el amor en serio*, 1ª edn, Universidad de Antioquía, Bogotá.

De la Cuesta Benjumea, C. 2004, "Construir un mundo para el cuidado", *Rol*, vol. 27, nº. 12, pp. 843-850.

De la Fuente Fombellida, M.J. 2007, *La Ley de Dependencia: una oportunidad para la Enfermería*, Doyma.

De la Serna de Pedro, I. 2003, *La vejez desconocida*, 1ª edn, Díaz de Santos, Madrid.

De Lucas, J. 2006, "El marco jurídico internacional de las migraciones. Algunas consideraciones sobre la protección de los derechos humanos de los inmigrantes: acerca del derecho a ser inmigrante." in *Un mundo sin desarraigo: el derecho internacional de las migraciones*, ed. F. Mariño Menéndez, 1ª edn, Catarata, Madrid, pp. 29-56.

De Lucas, J. 2004, "La inmigración, como res política" in *Movimientos de personas e ideas y multiculturalidad.*, ed. Chamizo de la Rubia, J., 1ª edn, Universidad de Deusto, Bilbao, pp. 195-226.

Defensor del pueblo 2000, *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*, 1ª edn, Madrid.

Del Campo, S. 1991, *La nueva familia española*, 1ª edn, IMSERSO, Madrid.

Delicado Useros, M. & al, e. 2004, "Interacción de Enfermería y cuidadoras informales de personas dependientes", *Atención Primaria*, vol. 33, nº. 4, pp. 193-199.

Denzin, N.K. 1999, "Interpretive ethnography for the next century", *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. 28, nº. 5, pp. 510-519.

Department of Health and Social Services Inspectorate 1991, *Women in social services*, Department of Health and Social Services Inspectorate, London.

Devillard, M.J. 1991. "La construcción de la Salud y la Enfermedad" in *La voz callada: una aproximación antropológico-social de la realidad del enfermo con artritis reumatoide*, ed. M.J. Devillard, Reis, Madrid.

- Díaz de Rada, A. 2003, "La construcción teórica de la totalidad etnográfica", *Revista de Dailectología y tradiciones populares*, vol. LVIII, nº. 1, pp. 237-262.
- Domínguez Alcón, C. 1999, "Sociología del Cuidado", *Enfermería Clínica*, vol. 9, nº. 4, pp. 174-81.
- Donati, P. 1994, *Manual de Sociología de la Salud*, 1ª edn, Díaz de Santos, Madrid.
- Douglas, M. 1998, *Estilos de pensar*, 1ª castellano edn, Gedisa, Barcelona.
- Dupâquier, J. 1997, "Demografía, familia y cambio social" in *Para comprender el cambio social*, eds. V. Vázquez de Prada, I. Olábarri & F.J. Caspistegui, 1ª edn, Eunsa, Barañáim, pp. 263-287.
- Durán, M.A. 2004, "Visiones de la Salud Pública desde la perspectiva de género y clase social", *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, pp. 195-200.
- Durán, M.A. 2007, *El valor del tiempo*, 1ª edn, Espasa Calpe, Madrid.
- Durán, M.A. 1999, *Los costes invisibles de la enfermedad*, 1ª edn, Fundación BBVA, Bilbao.
- Durán, M.A. 1993, *La formación del pensamiento igualitario*, 1ª edn, Castalia, Madrid.
- Durán, M.A. 1988, *El cuidado de la salud. De puertas adentro*, 1ª edn, Ministerio de Asuntos Sociales; Instituto de la Mujer, Madrid.
- Durand, J. & Massey, D.S. 2003, *Clandestinos: migración México-Estados Unidos en los albores del siglo XXI*, 1ª edn, Universidad Autónoma de Zacatecas, México D.F.
- Echevarría Pérez, P. 2008, "Análisis antropológico de los patrones de uso y el perfil del usuario de terapias complementarias orientales", *Gazeta de Antropología*, [Online], vol. 2, nº. 24, pp. 31/01/2011. Available from: <http://hdl.handle.net/10481/6917>.
- Eisenstadt, S.N. 1973, *Post-traditional societies and the continuity and reconstruction of tradition*.

Ekman, S.L. 1996, "Monolingual and bilingual communication between patients with dementia diseases and their caregivers", *International Psychogeriatrics*, vol. 8, nº 1, pp. 127-132.

Eliade, M. 1972, *El mito del eterno retorno*, Ed. or.; 1951 edn, Alianza/Emecé, Madrid.

Escrivá, A. 2005, *Conquistando el espacio laboral extradoméstico. Peruanas en España*, IESA-CSIC, Córdoba.

Escrivá, A. 2000, "Empleadas de por vida", *Papers*, nº. 60, pp. 327-342.

Evans-Pritchard, E.E. 1977, *Los Nuer*, 1ª edn, Anagrama, Barcelona.

Fabrega, H. 1990, "The concept of somatization as a cultural and historical product western medicine", *Psychosomatic Medicine*, vol. 52, pp. 653-672.

Fabrega, H. 1972, "Medical Anthropology", *Biennial Review of Anthropology*, , pp. 167-229.

Fajardo Trasobares, M.E. & Germán Bes, C. 2004, "Influencia de género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles", *Index Enfermería*, vol. 13, nº. 46.

Fericgla, J.M. 1992, *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*, 1ª edn, Anthropos, Barcelona.

Fernández de Rota y Monter, J.A. 2007, "Giro interpretativo y reflexividad" in *Introducción a la Antropología Social y Cultural: teoría, método y práctica*, ed. C. Lisón Tolosana, 1ª edn, Akal, Madrid, pp. 517-546.

Fernández-Rufete, J. & Rico Becerra, J.I. 2004, "Los dominios simbólicos de la inmigración. La dialéctica entre las demandas de atención sociosanitaria y la estructura de los dispositivos asistenciales en el caso de los inmigrantes ecuatorianos en la Región de Murcia." in *Movimientos migratorios contemporáneos*, eds. J. Fernández-Rufete & M. García Jimenez, 1ª edn, UCAM, Murcia, pp. 267-284.

Finerman, R. 1989, "The forgotten healers: women as family healers in an Andean Indian community" in *Women as healers. Cross-cultural perspectives*, ed. C. Shepherd McClain, 1ª edn, Rutgers University Press, New Brunswick, pp. 24-41.

Foster, G.M. & Anderson, B.G. 1978, *Medical Anthropology*, Newberry Award Records, New York.

Francisco del Rey, C. & Mazarrasa Alvear, L. 2006, "Cuidados informales y autocuidados" en *Enfermería en Atención Primaria*, eds. J.R. Martínez Riera & R. Del Pino Casado, 1ª edn, DAE, Madrid, pp. 709-30.

Frazer, J.G. 1989, *La rama dorada*, Fondo de Cultura Económica, México.

Gadamer, H.G. 1993, *El estado oculto de la salud*, Gedisa, Barcelona.

Galiana-Gómez de Cádiz, M.J., De la Cuesta Benjumea, C. & Donet-Montagut, T. 2008, "Cuidadoras inmigrantes: características del cuidado que prestan a la dependencia", *Enfermería Clínica*, vol. 18, nº. 5, pp. 269-72.

Gallart Fernández-Puebla, A. 2007, *Sobrecarga del cuidador inmigrante no profesional formal. Tesis Doctoral*, Sant Cugat: Publicaciones Universitat Internacional de Catalunya edn, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona.

García Calvente, M.M. 1999, *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.

García Calvente, M.M., Mateo Rodríguez, I. & Eguiguren, A.P. 2004, "El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad", *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, pp. 132-139.

García Calvente, M.M., Mateo Rodríguez, I. & Maroto-Navarro, G. 2004, "El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres", *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, pp. 83-92.

García Calvente, M.M., Mateo Rodríguez, I. & Gutiérrez Cuadra, P. 1999, *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*, 1ª edn, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.

García Férez, J. 2006, "¿Valoramos éticamente a nuestros mayores?", *Axiología de la Ancianidad*, vol. Crítica 56, nº. 936, pp. 62.

García, M.D., Ramírez, G. & Lima, A. 1998, "La construcción de valores en la familia" in *Familia y desarrollo humano*, eds. M.J. Rodrigo & J. Palacios, 1ª edn, Alianza, Madrid, pp. 201-221.

Garrido Barral, A. 2003, "Cuidando al cuidador", *Geriatría y Gerontología*, vol. 38, nº. 4, pp. 189-191.

Geertz, C. 1996, *Los usos de la diversidad*, Paidós, Barcelona.

Gellner, E. 1987, *The concept of kinship and other essays*, Basil Blackwell, Oxford.

Gil García, E., Escudero Carretero, M., Prieto Rodríguez, M.A. & Frías Osuna, A. 2005, "Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración", *Enfermería Clínica*, vol. 15, nº. 4, pp. 220-6.

Giménez Romero, C. 2002, "Estado de bienestar y migraciones internacionales: cuestiones, debates y tendencias" en *Políticas sociales y Estado de bienestar en España: las migraciones. Informe 2002*, ed. Fundación Hogar del Empleado. Centro de investigación para la paz, 1ª edn, Fundación Hogar del Empleado. Centro de investigación para la paz, Madrid, pp. 15-38.

Glasser, B.G. & A, S. 1967, *The discovery of Grounded Theory*, Weinfeld & Nicholson, London.

Glendinning, C. 1992, *The costs of informal care: looking inside the household*, HMSO, London.

Globerman, B.G. 1994, *Balancing tensions in families with Alzheimer's disease: the self and the family*.

Goffman, E. 1988, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu, Buenos Aires.

Graham, M. 1984, *Women, health and the family*, 1ª edn, Harvester Press, Brighton.

Granados, A. 2002, ""¿Es virtual la realidad de la inmigración?: la construcción mediática de la inmigración extranjera en España"" in *La inmigración en España: contextos y alternativas*, eds. F. García & M. López, Universidad de Granada, Granada.

Gregorio Gil, C. 2002, "Procesos migratorios y desigualdad de género" in *Cuestiones de género*, eds. A. García-Mina & M.J. Carrasco, 1ª edn, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, pp. 11-38.

Guerrero Muñoz, J. 2008, *La sociedad extrema. Debates sobre la violencia*, 1ª edn, Tecnos, Madrid.

Guerrero Muñoz, J. 2002, "Familia, parentela y red social" in *La ciudad en el tercer milenio*, ed. M. Luna Samperio, UCAM, Murcia.

Guerrero Muñoz, J. & Morales Moreno, I. 2005, "Salud e inmigración: necesidades, prácticas y nuevos contextos" in *Movimientos migratorios contemporáneos*, eds. J. Fernández Rufete & M. García Jiménez, 1ª edn, UCAM, Murcia, pp. 285-314.

Habermas, J. 2008, *Más allá del Estado Nacional*, 4ª edn, Trotta, Madrid.

Hannerz, U. 1996, *Conexiones transnacionales. Cultura, gente, lugares*. 1ª edn, Frónesis-Cátedra, Madrid.

Haro Encinas, J.A. 2000, "Cuidados profanos: una dimension ambigua en la atención a la salud" in *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*, eds. E. Perdiguero & J.M. Comelles, 1ª edn, Bellaterra, Barcelona, pp. 101-161.

Harris, C.C. 1986, *Familia y sociedad industrial*, 1ªespañol edn, Ediciones Península, Barcelona.

Heirle, C. 2004, *Cuidando entre cuidadores*, Fundación Index, Granada.

Helman, C.G. 2001, *Culture, Health and Illness*, 4th edn, Arnold, London.

Heok, K.E. & Li, T.S. 1997, "Stress of caregivers of dementia patients in Singapore chinese family", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, nº. 12, pp. 466-469.

Hoschild, A. 2008, *La mercantilización de la vida íntima: apuntes de la casa y el trabajo*, 1ª edn, Katz Editores, Madrid.

Hunter, J.D. 1994, *Before the shooting begins-Searching for Democracy in America's Culture Wars*, 1ª edn, The Free Press, New York.

Iglesias de Ussel, J. 1998, "La familia española en el contexto europeo" en *Familia y desarrollo humano*, eds. M.J. Rodrigo & J. Palacios, 1ª edn, Alianza, Madrid, pp. 91-114.

IMAS 2011, 19/04/2011-last update, *Instituto Murciano de Acción Social* [Homepage of Comunidad Autónoma-Región de Murcia], [Online]. Available:

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=156&IDTIPO=140&RASTRO=c\\$m120,128](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=156&IDTIPO=140&RASTRO=c$m120,128) [2011, 14/04/2011].

IMSERSO 2005, *Cuidado a la dependencia e inmigración*, 1ª edn, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO, Madrid.

IMSERSO 2002, *Las personas mayores en España. Informe 2002*, IMSERSO, Madrid.

IMSERSO 1995, *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*, 1ª edn, IMSERSO, Madrid.

INE 2006, 13/03/2008-last update, *Encuesta Nacional de Salud 2006* [Homepage of Ministerio de Sanidad y Política Social], [Online]. Available: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase&L=0> [2010, 07706].

Inglehart, R. 1990, *Cultural shift in advanced industrial society*, 1ª edn, Princeton University Press, Princeton, N.J.

INSALUD 1996, *Cartera de Servicios*, INSALUD, Madrid.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) 2007, 2008-last update, *Encuesta de Empleo del Tiempo* [Homepage of Administración General del Estado. España], [Online]. Available: <http://www.ine.es/> [2008, 12/17].

Izquierdo Escribano, A. 2002, "La inmigración: reto europeo del siglo XXI" in *Hacia una Europa multicultural. El reto de las migraciones*, ed. J. Ramos Domingo, 1ª edn, Univ. Pontificia de Salamanca, Salamanca, pp. 23-45.

Jefatura del Estado Español. BOE 2006, *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, Ley edn, Nacional, Madrid.

Jociles Rubio, M.I. 1999, "Las técnicas de investigación en Antropología. Mirada antropológica y proceso etnográfico", *Gazeta de Antropología*, , nº. 15, pp. 1-15.

Jodelet, D., Rimé, B., Pennebaker, J.W., Valencia, J.F. & Páez, D. 1998, *Memorias colectivas de procesos culturales y políticos*, 1ª edn, Universidad del País Vasco, Bilbao.

Kalish, R.A. 1996, *La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano*, 2ª edn, Pirámide, Madrid.

Kalra, L. & al, e. 2004, "Training carers of stroke patients: randomised controlled trial", *British medical journal*, vol. 328, pp. <http://bmj.com/cgi/content/full/328/7448/1099>.

Kleinman, A. 1980, *Patients and healers in the context of culture*, California University Press, Berkeley.

Kleinman, A. 1975, *Estructuras cognitivas de los sistemas médicos tradicionales: manejo, explicación e interpretación de la experiencia humana de enfermedad*.

Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. 1978, "Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research", *Annals of Internal Medicine*, nº. 88, pp. 251-8.

Krause, I. 1998, *Therapy across culture*, SAGE, London.

Kroeber, A.L. & Kluckhohn, C. 1952, *Culture. A critical review of concepts and definitions*, 1ª edn, Peabody Museum, Cambridge, M.A.

Kroeber, A.L. & Parsons, T. 1958, "The concept of culture and of social system", *American Sociological Review*, nº. 23, pp. 583.

Kuper, A. 2001, *Cultura. La versión de los antropólogos*, 1ª edn, Paidós, Madrid.

Kuschick, I. 1995, *La medicina popular en España*, 1ª edn, Sigo XXI, Madrid.

La Parra, D. 2001, "Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales", *Gaceta Sanitaria*, vol. 15, no. 6, pp. 498-505.

La Parra, D. 2002, *La atención a la salud en el hogar: desigualdades y tendencias*, 1ª edn, Universidad de Alicante, Alicante.

Lacomba, J. 2001, "Teorías y prácticas de la inmigración. De los modelos explicativos a los relatos y proyectos migratorios", *Scripta Nova*, vol. 11, nº. 94, pp. 1-20.

Laforest, J. 1991, *Introducción a la Gerontología. El arte de envejecer*, 1ª edn, Herder, Barcelona.

Lai, D. & Chappell, N. 2007, "Use of Traditional Chinese Medicine by older chinese immigrants in Canada", *Family Practice*, nº. 24, pp. 56-64.

Landy, D. 1977, *Culture, disease and healing. Studies in Medical Anthropology*, Macmillan Publishing, New York.

Las Heras-Mosteiro, J., Otero Puime, A. & Gallardo-Pino, C. 2008, "¿Cómo conciben la salud y la atención la población inmigrante? El discurso del colectivo ecuatoriano en Madrid", *SEMERGEN*, vol. 34, nº. 7, pp. 330-5.

Le Breton, D. 1999, *Antropología del dolor*, Seix Barral, Barcelona.

Lehr, U. 1995, *Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*, 3ª edn, Herder, Barcelona.

Leininger, M. 1978, *Transcultural Nursing: concepts, Theories, and Practices*. Wiley, New York.

Leininger, M. 1970, *Nursing and Anthropolgy: Two worlds to blend*, 1ª edn, John Wiley & sons, New York.

Leininger, M.M. 1997, *Transcultural nursing as a global care humanizer, diversifier and unifier*.

Lévi-Strauss, C. 1985, *The view from Afar*, 1ª 1971 edn, Basic Books, New York.

Lévi-Strauss, C. 1977, *Antropología estructural*, Eudeba, Buenos Aires.

Lévi-Strauss, C. 1974, "La familia" en *Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia*, eds. C. Lévi-Strauss, M.E. Spiro & K. Gough, 7ª edn, Anagrama, Barcelona, pp. 10-50.

Lévi-Strauss, C. 1969, *Las estructuras elementales del parentesco*, 1ª castellano edn, Paidós Básica, Barcelona.

Lévi-Strauss, C. 1967, *Entrevistas y respuestas. Problemas del estructuralismo*, Eudecor, Córdoba (Argentina).

Lisón Tolosana, C. 1997, "Contribución de la antropología cultural al estudio del cambio social" in *Para comprender el cambio social*, eds. V. Vázquez de Prada, I. Olábarri & F.J. Caspistegui, 1ª edn, Eunsa, Barañáim, pp. 93-115.

Lisón Tolosana, C. 1983, *Antropología Social y hermenéutica*, 1ª edn, F.C.E, Madrid.

Llatas Sánchez, A. 2002, "Proyecto de atención domiciliaria en la ciudad de Barcelona: "Salut a casa"", *Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria*, vol. 8, nº. 1, pp. 37-44.

Logan, M.H. & Hunt, E.E. 1978, "Folk healers and Ethnomedicine" in Duxbury Press, Belmont (California), pp. 149-245.

López Coira, M.M. 1991, "La influencia de la ecuación personal en la investigación antropológica o la mirada interior" en *Los españoles vistos por los antropólogos*, ed. M. Cátedra, 1ª edn, Júcar Universidad, Madrid, pp. 187-222.

López Sala, A.M. 2005, *Inmigrantes y Estados: La respuesta política ante la cuestión migratoria*, 1ª edn, Anthropos, Barcelona.

López Sánchez, F. 1998, "Evolución de los vínculos del apego en las relaciones familiares." in *Familia y desarrollo humano*, eds. M.J. Rodrigo & J. Palacios, 1ª edn, Alianza, Madrid, pp. 117-139.

Lorber, J. 1997, *Gender and the social construction of illness*, SAGE, London.

Losada, A., Knight, B. & Márquez, M. 2003, "Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales", *Geriatría y Gerontología*, vol. 38, nº. 2, pp. 116-123.

Mairal Buil, G. 2000, "Una exploración etnográfica del espacio urbano", *Revista de Antropología Social*, nº. 9, pp. 177-191.

Malinowski, B. 1995, *Los argonautas del pacífico occidental*, 4ª edn, Península, Barcelona.

Márquez Lepe, E. 1999, "La construcción del "inmigrante" desde el Estado de Derecho" in *Antropología e historia contemporánea de la inmigración en España*, eds. M.D. Vargas Llovera & J.M. Santacreu Soler, 1ª edn, Universidad de Alicante, Alicante, pp. 1-9.

Marriner Tomey, A. 1994, *Modelos y teorías en Enfermería*, 3ª edn, Mosby/Doyma, Madrid.

Martínez Riera, J.R. 2003, "Cuidados informales en España. Problema de desigualdad", *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, vol. 1, nº. 2, pp. 275-288.

Martínez Veiga, U. 1995, "El trabajo "en" y "a" domicilio" in *Mujer, trabajo y domicilio*, ed. U. Martínez Veiga, Icaria, Barcelona, pp. 165-219.

Martín Zurro, A. 2003, *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*, 5ª edn, Elsevier, Madrid.

Martínez Buján, R. 2009, "Los beneficios de la inmigración al Estado de Bienestar. Mujeres inmigrantes en el sector doméstico de cuidados" in *El modelo de la inmigración y los riesgos de exclusión*, ed. A. Izquierdo, 1ª edn, Cáritas española, Madrid, pp. 35.

Martínez Buján, R. 2006, "El cuidado de ancianos: un nicho laboral para mujeres inmigrantes y un reto de gestión para las entidades del tercer sector", *Revista Española del Tercer Sector*, vol. Septiembre-Diciembre, nº. 4, pp. 20.

Martínez Veiga, U. 1997, *La integración social de los inmigrantes extranjeros*, Trotta, Madrid.

Maslow, A. 1976, *El hombre autorrealizado*, Kairós, Barcelona.

Mateo Pérez, M.A. & La Parra, D. 2005, "Latinoamericanos en España: la integración en la Europa de la exclusión social", *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, , nº. 13, pp. 51-62.

McGuire, M. 2002, "Not all alternatives are complementary", *Medical anthropology quarterly*, vol. 16, nº. 1, pp. 409-411.

McLean, P.D. & Anderson, K.W. 1998, "Common determinants in empirically supported psychosocial treatments for depression" in *Empirically supported therapies*, eds. K.S. Dobson & K.D. Craig, 1ª edn, Banff International Behavioral Science Series, London, pp. 107-32.

Meñaca, A. 2006, "La "multiculturalidad" de la biomedicina. El envío de medicamentos en familias migrantes ecuatorianas" in *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural.*, ed. G. Fernández Juárez, 1ª edn, Universidad Castilla-La Mancha, Cuenca, pp. 93-108.

Meñaca, A. 2004, "Salud y migraciones" in *Salud e interculturalidad den América Latina*, ed. G. Fernández Juárez, 1ª edn, Ayayala, UCLM, Bolhispania, Quito, pp. 53-65.

Menéndez, E. 2006, "Interculturalidad; "Diferencias" y Antropología *at home*" in *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica intercultural*, ed. G. Fernández Juárez, 1ª edn, Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca, pp. 51-65.

Menéndez, E. 2002, *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, 1ª edn, Bellaterra, Barcelona.

Menéndez, E. 1998, *Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social*, México.

Menéndez, E. 1993, "Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la Antropología Médica" in *Familia, Trabajo, Salud*, ed. F. Mercado, CIESAS, Guadalajara (México), pp. 131-161.

Menéndez, E. 1992, "Autoatención y participación social: estrategias o instrumentos en las políticas de Atención Primaria", *Medicina Tradicional 500 años después*, , pp. 63-104.

Menéndez, E. 1986, *Modelo médico, salud obrera y estrategias de acción del sector salud*, México.

Menéndez, E.L. 1992, "Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del "teoricismo" al movimiento continuo", *Cuadernos Médico-Sociales*, vol. 59, nº. 1, pp. 1-18.

Menéndez, E. 2005, "Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos", *Revista de Antropología Social*, , no. 14, pp. 33-69.

Mínguez Arias, J. 2000, *Antropología de los cuidados*.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 1999, *Vejez y protección social a la dependencia en Europa*, 1ª edn, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

Monreal, P. 1996, *Antropología y pobreza urbana*, 1ª edn, Los libros de la catarata, Madrid.

Moral Serrano, M. & al, e. 2003, "Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio", *Atención Primaria*, vol. 32, nº. 2, pp. 77-83.

Moreno Feliú, P. 1994, "Cerraduras de sombra: racismo, heterofobia y nacionalismo" en *Los retos de la inmigración. Racismo y pluriculturalidad*, ed. J. Contreras, 1ª edn, Talasa, Madrid, pp. 217-246.

Moreno Preciado, M. 2008, *El cuidado del "otro". Un estudio sobre la relación enfermera/paciente inmigrado*, 1ª edn, Bellaterra, Barcelona.

Moreno, G. 2003, "Mercado de trabajo, protección social y desarrollo en un mundo globalizado" in *Mujeres de dos mundos: ciudadanía social de las mujeres latinoamericanas*, ed. P. Pérez Cantó, 1ª edn, Dirección General de la Mujer. Comunidad de Madrid, Madrid, pp. 37-56.

Morris, M. & Western, B. 1999, "Inequality in earnings at the close of the twentieth century", *Annual Review of Sociology*, nº. 25, pp. 623-657.

Muñoz Machado, S., García Delgado, J.L. & González Seara, L. 2000, *Las estructuras del bienestar en Europa*, 1ª edn, Escuela Libre-Civitas, Madrid.

Murdock, G.P. 1987, *Cultura y sociedad*, 1ª español edn, Fondo de Cultura Económica, México.

Naciones Unidas 2006, *Informe de seguimiento de la población mundial.*, Consejo Económico y Social. Naciones Unidas. Available: [21/04/2011]

http://www.un.org/es/ecosoc/adhocmech/cronology_burundi.shtml.

Narotzky, S. 1995, *Mujer, mujeres, género*, Icaria, Madrid.

National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) 2007, 03/2010-last update, *¿Qué es la medicina complementaria y alternativa?*. Available: <http://nccam.nih.gov/health/espanol/informaciongeneral/#one> [2010, 07/07].

Neufeld, A. & Harrison, M.J. 1995, "Reciprocity and social support in caregivers -relationships: variations and consequences", *Qualitative health research*, vol. 5, nº. 3, pp. 348-365.

Nichter, M. & Lock, M. 2002, *New horizons in medical Anthropology*, Routledge, London.

O'Connor, D.W., Pollit, P.A., Brook, C.P.B., Reiss, B.B. & Roth, M. 1991, "Does early intervention reduce the number of elderly people with dementia admitted to institutions for long term care?", *British Medical Journal*, vol. 302, pp. 871-875.

Oliver Alonso, J. 2011, "El mercado de trabajo de la inmigración 2007-2010. Los cambios 2009/2010 en el marco de la crisis." en *Inmigración y crisis económica. Impactos actuales y perspectivas de futuro.*, eds. E. Aja, J. Arango & J. Oliver, 1ª edn, Bellaterra, Barcelona, pp. 131-164.

OMS 2010, 06/2010-last update, *Medicina Tradicional* [Homepage of OMS (WHO)], [Online].

Available:http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_R9-sp.pdf [2010, 07/06].

Orem, D.E. 1991, *Nursing: Concepts of Practice*, 4ª edn, The C.V. Mosby Company, St. Louis.

Ortner, S. 1979, "¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?" in *Antropología y feminismo*, eds. O. Harris & K. young, 1ª edn, Anagrama, Barcelona.

O'shea, E. 2003, *La mejora de la calidad de vida de personas mayores dependientes*, 1ª edn, Consejo de Europa. Comité Europeo de cohesión social, Estrasburgo.

Osorio Carranza, R.M. 2001, *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, 1ª edn, CIESAS-INAH-INI, México.

Parsons, T. 1970, "La estructura social de la familia" in *La familia*, ed. VV.AA., Península, Barcelona, pp. 64.

Parsons, T. 1964, *Essays in sociological theory*, Revised edition. edn, Free Press, New York.

Parsons, T. & Shils, E. 1951, *Toward a General Theory of Action*, 1ª edn, Harvard University Press, Cambridge.

Pascual de Sans, A., de Miguel Luken, V. & Solana Solana, M. 2007, *Las redes sociales de apoyo: la inserción de la población extranjera*, 1ª edn, BBVA, Bilbao.

Patterson, T.L. & al, e. 1998, "The cultural context of caregiving: a comparison of Alzheimer's caregivers in Shanghai, China and San Diego, California", *Psychological Medicine*, vol. 28, pp. 1071-1084.

Penning, M.J. 1990, "Receipt of assistance by elderly people: Hierarchical selection and task specificity.", *Gerontologist*, vol. 30, nº. 2, pp. 220-7.

Perdiguero Gil, E. 2004, "El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar", *Gaceta Sanitaria*, vol. 19, nº. Supl I, pp. 140-5.

Perdiguero Gil, E. 2006, "Una reflexión sobre el pluralismo médico" in *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, ed. G. Fernández Juárez, 1ª edn, Universidad de Castilla La Mancha, Cuenca, pp. 33-49.

Pérez Díaz, V. 1998, "Ancianos y mujeres ante el futuro", *Claves de Razón Práctica*, nº. 83, pp. 2-12.

Perlman, J.E. 1976, *The myth of marginality*, 1ª edn, University of California Press, California.

Portes, A. & Böröck, J. 1998, "Inmigración contemporánea: perspectivas teóricas sobre sus determinantes y modos de acceso" in *Cruzando fronteras. Migraciones en el sistema mundial*, ed. G. Malgesini, 1ª edn, Icaria, Madrid.

Portillo Vega, M., Wilson-Barnett, J. & Saracibar Razquin, M.I. 2002a, "Análisis de un marco conceptual para el proceso de participación informal en el cuidado después de un ictus", *Enfermería Clínica*, vol. 12, nº. 04, pp. 143-151.

Portillo Vega, M., Wilson-Barnett, J. & Saracibar Razquin, M.I. 2002b, "Estudio desde la percepción de pacientes y familiares del proceso de participación informal en el cuidado después de un ictus: metodología y primeros resultados", *Enfermería Clínica*, vol. 12, nº. 03, pp. 94-103.

Querejeta, M. 2004, *Discapacidad/dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*, 1ª edn, IMSERSO, Madrid.

Quero, A. 2003, "Los cuidados no profesionales en el hospital: la mujer cuidadora", *Enfermería Clínica*, vol. 13, nº. 6, pp. 348-356.

Ramos Domingo, J. 2002, *Hacia una Europa multicultural. El reto de las migraciones*, Salamanca.

Real Academia de la Lengua Española 2007, 2007-last update, *Diccionario de Lengua Española* [Homepage of Real Academia Española], [Online]. Available: www.rae.es [2008, 01/28].

Redfield, R. 1962, *Human Nature and the Study of Society*, 1ª edn, Chicago University Press, Chicago.

Requena Santos, F. 1989, "El concepto de red social", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº. 48, pp. 137-152.

Reynolds Whyte, S., Van der Geest, S. & Hardon, A. 2002, *Social lives of medicines*, Cambridge University Press, Cambridge.

Ribas, N. 1999, *Las presencias de la inmigración femenina*, Barcelona.

Rico Becerra, J.I. 2009, *El inmigrante enfermo*, 1ª edn, Isabor, Murcia.

Rinken, S. 2011, "La evolución de las actitudes ante la inmigración en tiempos de crisis económica" in *Inmigración y crisis económica. Impactos actuales y perspectivas de futuro*, eds. E. Aja, J. Arango & J. Oliver, 1ª edn, Bellaterra, Barcelona, pp. 25-47.

Rivera Navarro, J. 2005, "El análisis de los grupos de ayuda mutua y el movimiento asociativo en el ámbito de la salud: adicciones y enfermedades crónicas", *Revista de Antropología Experimental*, [Online], no. 5 Texto 13, pp. 31/12/2008. Available from: www.ujaen.es/huesped/rae.

Rivera Navarro, J. 2001, *Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia*, 1ª edn, Consejo Económico y Social. Comunidad de Madrid, Madrid.

Rodríguez Cabrero, G. 2007, "Marco general de la protección social de las personas en situación de dependencia" in *¿Vivir dependiendo? Ética, derecho y construcción biográfica en la dependencia*, ed. F.J. Alarcos Martínez, 1ª edn, Comares, Granada, pp. 6-33.

Rodríguez Rodríguez, V. et al. 2010, 04/02/2010-last update, *Inmigración y cuidados de mayores en los hogares de la Comunidad de Madrid* [Homepage of Portal de Mayores], [Online].

Available: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rodríguez-inmigración-01.pdf> [2010, 15706/2010].

Rodríguez, J.A. 1994, *Envejecimiento y familia*, 1ª edn, CIS, Madrid.

Rodríguez-Rodríguez, P. 2005, "El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía", *Rev Esp Geriatr Gerontol*, vol. 40, nº. 3 Supl, pp. 5-15.

Rodríguez-Rodríguez, P. 1999, "El problema de las dependencias en las personas mayores" in *Las personas mayores dependientes y el apoyo informal*, eds. J.C. Dans & Baura, Universidad Internacional de Andalucía, Baeza.

Rosaldo, M. 1980, *Knowledge and passion: llongot notions of self and social life*, 1ª edn, Cambridge University Press, Cambridge (UK).

Rosaldo, R. 1985, "Chicano Studies, 1970-1984", *Annual Review of Anthropology*, vol. 14, pp. 405-427.

Ruíz de Lobera Pérez-Mínguez, M. 2004, "Inmigración, diversidad, integración y exclusión: conceptos clave para el trabajo con la población inmigrante", *Estudios de Juventud*, , nº. 66, pp. 11.

San Román, T. 1996, "De la intuición a la contrastación de campo en la Antropología y en la formación de nuevos antropólogos" in *Epistemología y método. Actas del VII Congreso de Antropología Social*, ed. A. González Echevarría, 1ª edn, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, pp. 167-178.

Sanmartín, R. 2003, *Observar, escuchar, comparar, escribir*, 1ª edn, Ariel, Madrid.

Sarasúa, C. & Molinero, C. 2008, "Trabajo y niveles de vida en el franquismo. Un estado de la cuestión desde una perspectiva de género" in *La historia de las mujeres: perspectivas actuales*, ed. C. Borderías, 1ª edn, Icaria, Barcelona, pp. 29.

Sassen, S. 2003, *Contra geografías de la globalización: género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos*, 1ª edn, Traficantes de sueños, Madrid.

Schiller, N.G. 1993, "The invisible women: caregiving and the construction of AIDS health services", *Culture, medicine and psychiatry*, vol. 17, no. 4, pp. 487-512.

Sepilli, T. 2000, "De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud." in *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*, eds. E. Perdiguero & J.M. Comelles, 1ª edn, Bellaterra, Barcelona, pp. 33-44.

Serra, E., Gómez, L., Pérez-Blasco, J. & Zacarés, J.J. 1998, "Hacerse adulto en familia: una oportunidad para la madurez" in *Familia y desarrollo humano*, eds. M.J. Rodrigo & J. Palacios, 1ª edn, Alianza, Madrid, pp. 142-160.

Shaibu, S. & Wallhagen, M.I. 2002, "Family caregiving of the elderly in Botswana: Boundaries of culturally acceptable options and resources", *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, vol. 17, pp. 139-154.

Shepherd McClain, C. 1989, *Women as healers. Cross-cultural perspectives*, Rutgers University Press, New Brunswick.

Sierra Bravo, R. 1995, *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*, 1ª edn, Paraninfo, Madrid.

Siles González, J. & Solano Ruiz, M.C. 2007, "El origen fenomenológico del cuidado y la importancia del concepto de tiempo en la Historia de la Enfermería", *Cultura de los Cuidados*, vol. 21, nº. 21, pp. 19-27.

Silk, J.B. 2005, "The origins of caregiving", *American Journal of Physical Anthropology*, vol. 87, pp. 227-229.

Solé, C. 2001, *El impacto de la inmigración en la economía y en la sociedad receptora*, Anthropos, Barcelona.

Soriano Miras, R.M. 2008, "Los flujos migratorios en el siglo XXI" en *Leer la sociedad. Una introducción a la sociología general*, eds. J. Iglesias de Ussel & A. Trinidad Requena, 2ª edn, Tecnos, Madrid, pp. 329-361.

Spector, R. 2002, *Las culturas de la Salud*, Prentice Hall, Madrid.

Spiro, M.E. 1974, "¿Es universal la familia?" in *Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia*, eds. C. Lévi-Strauss, M.E. Spiro & K. Gough, 7ª edn, Anagrama, Barcelona, pp. 50-74.

Spradley, J.P. 1980, *Participant Observation*, 1ª edn, Holt, Rinehart & Winston, New York.

Strabaneck, P. & McCormick, J. 1992, *Sofismas y desatinos en Medicina*, 1ª edn, Doyma, Barcelona.

Tamagno, C. 2001, "Debes ganarte su cariño" en *Work and migration*, ed. N. Sorensen, Routledge, Londres.

Taylor, R. 1998, "Check your cultural competence" ,*Nursing Management*. vol 29 nº 8, pp. 30-32

Taylor, L., Seeley, J. & Kajura, E. 1996, "Informal care for illness in rural southwst Uganda: the central role that women play", *Health Transition Review*, vol. 6, pp. 49-56.

Téllez Infantes, A. 2001, "Trabajo y representaciones ideológicas de género. Propusta para un posicionamiento analítico desde la antropología cultural", *Gazeta de Antropología*, [Online], no. 17 texto 17, pp. 02/01/2009. Available from: <http://www.ugr.es/~pwlac/Welcome2001.html>.

Terradas, I. 2001, *Is reciprocity an enlightening concept to address contemporary issues?* .

Terribas Salas, N. 2007, "Legislación y derechos en la dependencia" in *¿Vivir dependiendo? Ética, derecho y construcción biográfica de la dependencia*, ed. F.J. Alarcos Martínez, 1ª edn, Comares, Granada, pp. 35-71.

Tezanos, J.F. 2007, "Nuevas tendencias migratorias y sus efectos sociales y culturales en los países de recepción. Doce tesis sobre inmigración y exclusión social", *Reis*, , nº. 117, pp. 11-34.

Tezanos, J.F. 2004, *Tendecias en desigualdad y exclusión social*, 1ª edn, Sistema, Madrid.

Tezanos, J.F. 2001, *La sociedad dividida. Estructura de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas*, Biblioteca Nueva Madrid, Madrid.

Thomas, F. & Znaniecki, F. 1918-1920, *The polish peasent in Europe and America*, 1ª edn, Badger, Boston.

Tomás, C., Zunzunegui, M., Moreno, L. & Germ n, C. 2003, "Dependencia evitable para las actividades de la vida diaria: una perspectiva de g,nero", *Geriatría y Gerontología*, vol. 38, nº. 6, pp. 327-333.

- Torns, T. 1995, "Mercado de trabajo y desigualdad de género", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 6, no. 6.
- Toseland, R.W., Labrecque, M.S., Goebel, S.T. & Whitney, M.H. 1992, "An evaluation of a Group program for spouses off rail elderly veterans. ", *Gerontologist*, vol. 32, pp. 382-390.
- Touraine, A. 1991, *Los movimientos sociales*, Almageesto, Buenos Aires.
- Trinidad, A. 2006, *Elementos de la Teoría Fundamentada*, CSIC, Madrid.
- Trujillo, A.J., Mroz, T.A. & Angeles, G. 2007, "Living arrangements and the role of caregivers among the elderly in Latin America", *World Health & Population*, n.º. June, pp. 1-18.
- Turner, B.S. 1994, "Los avances recientes en la teoría del cuerpo", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, n.º. 68, pp. 11-39.
- Turner, V. 1995, *The ritual process: structure and anti-structure*, 1ª 1969 edn, Aldine Transaction, Chicago.
- Turner, V. 1988, *El proceso ritual*, 1ª Español edn, Taurus, Madrid.
- Twigg, J., Atkin, K. & Perring, C. 1990, *Carers and services: a review of research*, HMSO, London.
- Uribe Oyarbide, J.M. 2006, "Migraciones y salud. Préstamos de ida y vuelta" in *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, ed. G. Fernández Juárez, 1ª edn, Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca, pp. 83-92.
- Uribe Oyarbide, J.M. 1992, *Educación y curar. El diálogo cultural en Atención Primaria*, 1ª edn, Ministerio de Cultura, Madrid.
- Valderrama, E. & et al. 1997, "El cuidador principal del anciano dependiente.", *Revista de Gerontología*, , n.º. 7, pp. 229-233.
- Valle Racero, J.I. 2000, *Cuidar desde una perspectiva cultural*.
- Van Gennep, A. 1969, *Los ritos de paso*, 1ª Español (2008) edn, Alianza Editorial, Madrid.

Velimirovic, B. 1990, "Is integration of Traditional and Western Medicine Really Possible?" in *Anthropology and Primary Health Care*, eds. J. Coreil & J.D. Mull, Westview Press, Oxford, pp. 51-75.

Vicens, J. 1995, *El valor de la salud*, 1ª edn, Siglo Veintiuno, Madrid.

Vidal, M. 2007, "Problemas éticos de la dependencia" in *¿Vivir dependiendo? Ética, derecho y construcción biográfica en la dependencia*, ed. F.J. Alarcos Martínez, 1ª edn, Comares, Granada, pp. 73-117.

Ward-Griffin, C. & Marshall, V.W. 2003, "Reconceptualizing the relationship between "public" and "private" eldercare", *Journal of Aging Studies*, vol. 17, pp. 189-208.

Williams, F. 2001, "In and beyond New Labour: towards a new political ethics of care", *Critical Social Policy*, vol. 21, pp. 467-493.

World Health Organization 2008, 14 Agosto 2008-last update, *World Health Organization* [Homepage of WHO], [Online]. Available: <https://www.who.int/es> [2008, Agosto/18].

Wu, A.P.W., Burke, A. & LeBaron, S. 2007, "Use of Traditional Medicine by immigrants chinese patients", *Family Medicine*, vol. 39, nº. 3, pp. 195-200.

Young, A. 1982, "The Anthropologies of Illness and Sickness", *Ann. Rev. Anthropol.*, nº. 11, pp. 257-285.

Zapata-Barrero, R. 2003, "La ciudadanía en contextos de multiculturalidad: procesos de cambios de paradigmas", *Anales de la Ctedra Francisco Su rez*, , nº. 37, pp. 173-199.

ANEXOS

