

El cuidado familiar prestado por mujeres inmigrantes y su repercusión en la calidad del cuidado y en la salud

Rosa Casado-Mejía^{a,*}, Esperanza Ruiz-Arias^a y Ana Solano-Parés^b

^a Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^b Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de septiembre de 2011

Aceptado el 23 de enero de 2012

On-line el 29 de marzo de 2012

Palabras clave:

Género
Cuidadoras familiares
Inmigrantes
Dependencia

Keywords:

Gender
Family caregivers
Immigrants
Dependency

R E S U M E N

Objetivo: Comprender las repercusiones del cuidado familiar ejercido por inmigrantes contratadas en régimen interno, en la salud de ellas mismas, de las personas mayores dependientes y de sus familias, en Sevilla.

Método: Se diseñó un estudio cualitativo, utilizando entrevistas en profundidad a informantes-clave, cuidadoras inmigrantes, personas mayores dependientes y familias, y grupos de discusión de profesionales sanitarios. El estudio se realizó en Sevilla entre los años 2006 y 2008. Unidad de observación: familias con mayores dependientes a su cargo y cuidadora inmigrante interna contratada. Unidades de análisis: salud, cuidados, dependencia, género, etnia y clase social. El análisis de categorías, predeterminadas y emergentes, se realizó con QSR NUD*ISTVivo1.3. Tras llegar a la saturación, se triangularon disciplinas, investigadoras, fuentes y técnicas, para enriquecer y validar los resultados.

Resultados: En la salud de las cuidadoras inmigrantes influyen, fundamentalmente, la repercusión del trabajo de cuidar y el proceso migratorio. Las relaciones interpersonales son el factor que más influye en la salud de todas las personas implicadas.

Conclusiones: El cuidado familiar encargado a mujeres inmigrantes, unido al duelo migratorio, tiene importantes repercusiones en su salud. Si las relaciones interpersonales son de buen trato e igualitarias, se constituyen como factor de protección para todas las personas en contacto.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Family care provided by immigrant women and its impact on the quality of care and health

A B S T R A C T

Objective: To understand the effects of care within the family provided by live-in female immigrants on elderly dependents and their families and the carers themselves in Seville (Spain).

Methods: We designed a qualitative study using in-depth interviews of key informants, immigrant care workers, elderly dependents and their families, and discussion groups composed of health professionals. The study was carried out in Seville between 2006 and 2008. The observation unit consisted of the families of elderly dependents with a live-in female immigrant care worker. The analysis units were health, care, dependence, gender, ethnicity and social class. Category analysis was carried out using QSR-NUD*ISTVivo1.3. After saturation, we triangulated among disciplines, researchers, sources and techniques to validate the results.

Results: The most important factors for carers' health were the migration process and care tasks. Interpersonal relationships constituted the principal factor affecting the health of all involved.

Conclusions: The care tasks provided by immigrant women, together with the migration process, have an important impact on their health. Good and egalitarian interpersonal relationships are a protective factor for health.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En las sociedades desarrolladas, el cuidado en el ámbito familiar se sitúa sobre tres pilares interrelacionados: los cambios debidos al envejecimiento y al aumento de las enfermedades crónicas¹ y de la dependencia²; los cambios en la situación laboral y social de las mujeres, y las transformaciones en los modelos de familia³; y la

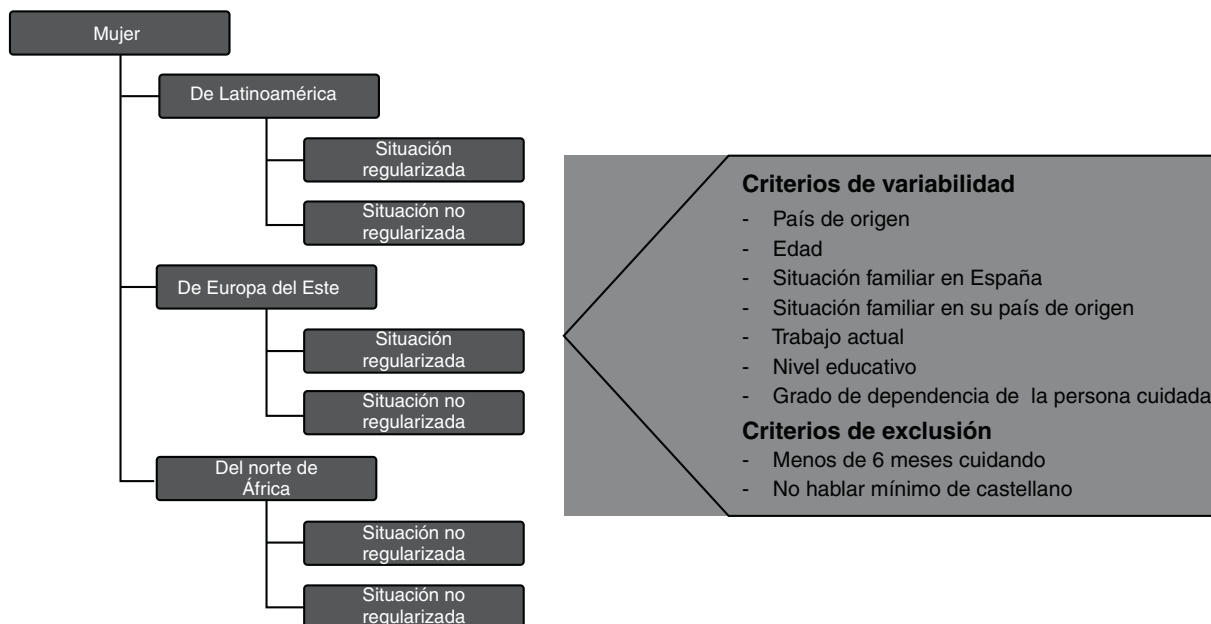
intensificación y la diversificación de los flujos migratorios, de los que España es país receptor.

Los servicios sociosanitarios asistenciales son insuficientes y el cuidado de las personas dependientes descansa históricamente en la disponibilidad familiar, en concreto femenina. La incorporación mayoritaria de las mujeres al mundo laboral no se corresponde con la incorporación, aún minoritaria, de los hombres al mundo doméstico. Esto está cuestionando las relaciones de género³⁻⁵ y el rol de la familia y del estado, y propicia estrategias como la externalización parcial de los servicios domésticos y de los cuidados. El hueco que dejan las mujeres occidentales en el hogar

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: rcasado@us.es (R. Casado-Mejía).

Mujeres cuidadoras inmigrantes: 12 entrevistas



Familias cuidadoras y cuidadas: 6 entrevistas

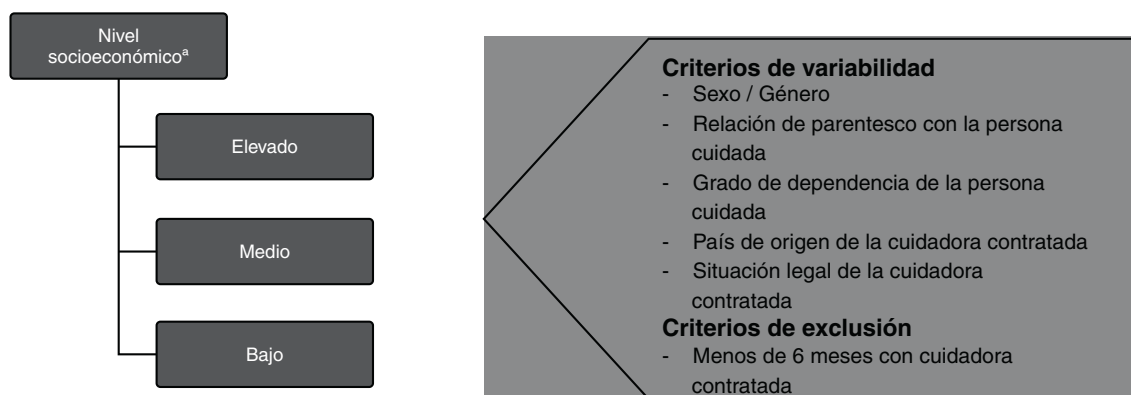


Figura 1. Perfiles de entrevistas en profundidad. ^aDeterminado por barrios, según la geocodificación de los barrios sevillanos aplicando el Índice Sintético Económico (Sistema de Información Geográfica-SIG Corporativo de la Junta de Andalucía, 2010).

para salir al mercado laboral no se cubre avanzando en políticas de igualdad y compartiendo con sus compañeros, sino contratando otras mujeres⁶. Se conforman así cadenas mundiales de cuidados, como las denominó Hochschild⁷, que dibujan un nuevo fenómeno de familia transnacional, vinculan gente de todo el mundo^{8,9} y ponen de manifiesto la injusticia de las bases patriarcales de nuestras sociedades.

El trabajo asistencial remunerado es un yacimiento de empleo para las mujeres inmigrantes¹⁰, pero las coloca en una situación de triple vulnerabilidad: por ser mujeres, por ser de etnias diferentes y por situarse en los segmentos más bajos de la sociedad^{11,12}.

Son muy pocos los trabajos científicos publicados¹³ sobre el contexto familiar del cuidado. Aunque sea una realidad cada vez más amplia, es aún invisible.

El objetivo de este trabajo es comprender las repercusiones del cuidado familiar ejercido por inmigrantes contratadas en régimen interno, en la salud de ellas mismas, de las personas mayores dependientes y de sus familias, en Sevilla.

Métodos

En relación al objetivo, se opta por una metodología cualitativa que, a través de los discursos, permita un análisis interpretativo de

las vivencias, las opiniones, las expectativas, las percepciones y los sentimientos de las protagonistas de esta situación.

El trabajo de campo se realizó en la provincia de Sevilla entre junio de 2006 y enero de 2008, considerando como unidad de observación las familias con personas mayores dependientes a su cargo y cuidadora inmigrante interna contratada. Como unidades de análisis se contemplaron, en un contexto de interrelación, la salud (biopsicosocial), la dependencia y los cuidados, y como categorías que conforman la identidad se tuvieron en cuenta el sexo, la etnia y la clase social.

En un primer momento del trabajo de campo se realizaron siete entrevistas en profundidad exploratorias a informantes-clave (E-IC), seleccionados por su experiencia en la realidad estudiada (profesionales de la salud/ONG). Con la información proporcionada se realizó un muestreo teórico o deliberado, buscando casos con determinados patrones entre las verdaderas protagonistas del estudio: personas cuidadoras, personas cuidadas y sus familias. Se definieron (fig. 1) criterios de exclusión y segmentación, que determinaron unos perfiles básicos de personas a entrevistar (no se encontraron hombres cuidadores inmigrantes internos), y dentro de ellos otras variables de peso en la representatividad que proporcionaron la diversidad muestral. Se planificaron 18 entrevistas, dos por perfil: 12 a cuidadoras inmigrantes

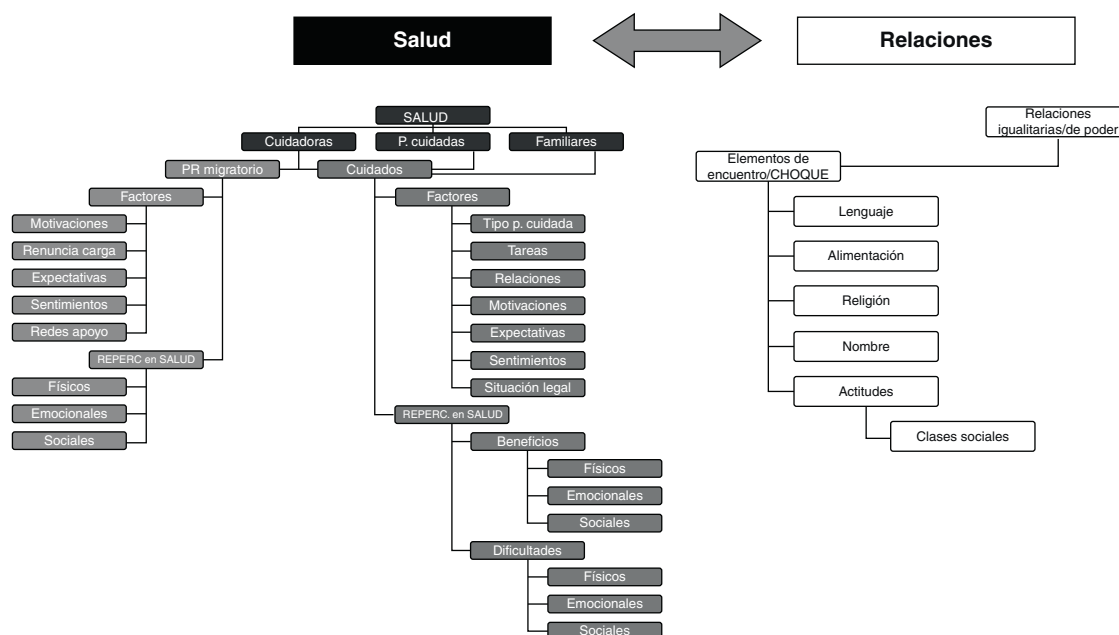


Figura 2. Categorías de análisis.

internas contratadas (E-C) y seis a personas cuidadas/familias (E-F).

Para identificar conocimientos compartidos por los grupos de profesionales de salud más implicados/as en la atención a dependientes e inmigrantes se realizó un grupo de discusión con ocho enfermeras/os (GD-E) y otro con siete trabajadoras/es sociales (GD-TS), buscando la heterogeneidad en la diferencia de sexo y centro de trabajo; la homogeneidad vino dada por la profesión. Se diseñó otro grupo de discusión de médicos/as, pero tras las entrevistas a informantes-clave se concluyó que no eran los más cercanos a esta realidad.

Las entrevistas a los informantes-clave se realizaron en cafeterías o en sus lugares de trabajo; las de las cuidadoras y las familias mayoritariamente en su domicilio por comodidad; y las de los grupos de discusión, en seminarios universitarios.

Al inicio de cada entrevista o grupo, tras una presentación personal se informó del objetivo de la investigación, del uso de los datos, la confidencialidad y el anonimato, y se obtuvo el consentimiento informado escrito, excepto en las cuidadoras en situación irregular que manifestaban miedo a los documentos y consintieron verbalmente, grabándose el consentimiento. (Los guiones están disponibles en el Apéndice en la versión *online* de este artículo.). Las entrevistas duraron una media de 65 minutos; los grupos de discusión 80 minutos. Toda la información obtenida se grabó y transcribió literalmente.

El proyecto obtuvo el informe positivo de las Comisiones de Ética de la Universidad de Sevilla y del Distrito Sanitario de Atención Primaria Sevilla.

Análisis de los datos

Para el proceso analítico se utilizó el programa informático de análisis cualitativo QSRNUD*ISTVivo-1.3, asignando fragmentos de texto a las categorías, analizando los documentos y discutiendo la bibliografía.

A las primeras categorías de análisis establecidas fueron añadiéndose y perfilando otras categorías emergentes mediante la lectura y la discusión del conjunto de los textos, con lo cual el árbol de categorías definitivo quedó como se muestra en la figura 2.

La participación de un grupo de investigadoras permitió una triangulación tanto de investigadoras como de visiones multidisciplinares en la comprensión del objeto de estudio, entrando en juego enfermería, estudios de mujeres y de género, salud pública, cuidados transculturales y antropología. También se triangularon las fuentes de obtención de datos: bibliográficas, profesionales de la salud, académico y voluntariado, familias cuidadoras y contratadas inmigrantes; y las técnicas de investigación aplicadas: entrevistas en profundidad y grupos de discusión.

Se realizó, también en aras de la validez y el rigor metodológico, una devolución a una enfermera, una cuidadora inmigrante y un familiar cuidador-contratador, participantes en el estudio, que estuvieron de acuerdo con los resultados y las conclusiones.

Resultados

Se realizaron siete entrevistas a informantes-clave, 18 planificadas por perfiles (tablas 1-3) y dos grupos de discusión.

Tabla 1
Entrevistas en profundidad a informantes-clave

Informante-clave	Profesión	Sexo	Edad	Ámbito de trabajo	Situación laboral
E-IC1	Trabajadora social	M	62	ONG	Voluntaria
E-IC2	Psicólogo	V	31	ONG	Contratado tiempo parcial
E-IC3	Administrativa	M	27	ONG	Voluntaria
E-IC4	Médico	V	53	Atención primaria	Plaza fija
E-IC5	Médico	V	45	Atención especializada	Plaza fija
E-IC6	Médica	M	51	Administración sanitaria	Plaza fija
E-IC7	Enfermera	M	41	Enfermera de atención primaria	Plaza fija

Tabla 2
Entrevistas en profundidad a cuidadoras inmigrantes

Cuidadora	Situación legal regular	País de origen	Edad	Años en España	Familia en España	Familia en país de origen	Nivel educativo ^a	Dependencia de la persona cuidada ^b
E-C1	Sí	Colombia	25	5	Sola	Padres	Superior	Moderada
E-C2	Sí	Ecuador	32	4	Marido, primos	Padres mayores	Medio	Grave
E-C3	No	Bolivia	43	2	Sola	Hijos	Medio	Moderada
E-C4	No	Bolivia	40	5	Sola	Hijos/as (1 de 4 años)	Sin estudios	Grave
E-C5	Sí	Rusia	48	4	Sola	1 hijo	Superior	Total
E-C6	Sí	Rusia	43	4	Sola	3 hijas	Superior	Total
E-C7	No	Rusia	48	3	Sola	1 hijo	Superior	Total
E-C8	No	Armenia	34	3	Sola	2 hijos y madre	Sin estudios	Total
E-C9	Sí	Marruecos	28	2	Sola	Padres y hermanos	Superior	Grave
E-C10	No	Marruecos	50	4	1 hijo	3 hijos y marido	Sin estudios	Total
E-C11	No	Marruecos	34	5	Sola	Madre y hermanos	Sin estudios	Leve
E-C12	Sí	Marruecos	22	3	Sola	Madre y hermanos	Elemental	Moderada

^a Superior, medio, elemental, sin estudios.

^b Según Índice de Barthel: independiente, leve, moderada, grave, total.

Tabla 3
Entrevistas en profundidad a personas cuidadas y familiares

Cuidadas/familiar	Nivel socioeconómico ^a	Sexo	Relación parentesco	Situación persona cuidada	Procedencia de la cuidadora	Situación legal regular
E-F1	Medio	H	Marido	Total	Armenia	No
E-F2	Medio	M	Hija	Grave	Bolivia	No
E-F3	Alto	M	Ella/hermana	Total	Bolivia/Bulgaria	No
E-F4	Alto	M	Ella	Moderada	Marruecos	Sí
E-F5	Bajo	M	Hija	Grave	Ecuador	Sí
E-F6	Bajo	H	Hijo	Moderada	República Dominicana	Sí

^a Determinado por barrios, según la geocodificación de los barrios sevillanos aplicando el Índice Sintético Económico (SIG corporativo, Junta de Andalucía, 2010).

Los discursos coinciden en su mayor parte, lo cual permite presentar los resultados integrando todas las técnicas utilizadas. Se apoyan estos resultados en las propias palabras de las personas entrevistadas.

Repercusiones en la salud de las cuidadoras inmigrantes

Las repercusiones en la salud de las cuidadoras contratadas difieren fundamentalmente según el tipo de persona cuidada y el grado de dependencia, las tareas domésticas encomendadas y el trato igualitario o de explotación.

Se han hallado síntomas como tristeza, apatía, cansancio, irritabilidad, ansiedad, tensiones musculares, alteraciones del sueño y dolores:

- Claro, espalda, ay, ay... ¿Qué haces? Es mi trabajo. E-C7
- ...un cambio total de mi carácter, era más paciente, ahora no, apenas reniego un poquito o me sale algo mal ya estoy con dolor de cabeza...tanto era mi estrés... E-C2
- ...agotamiento, sobre todo ansiedad y ponerse a llorar, de la sobrecarga de todo lo que tienen. GD-E
- Dolor de espalda por la movilización del enfermo, falta de descanso porque da la lata por la noche... E-IC4
- Es una carga que llevas a cuesta porque te carga emocionalmente. E-C11

Entre las situaciones más duras están el cuidado a las personas con demencia o grandes discapacitadas, por la soledad que produce la falta de comunicación:

- y cuando estoy aquí encerrada y que no puedo hablar, sí que me pongo mal. . . E-C10
- ...con las personas dependientes, demenciales, o totalmente inmovilizadas, el cuidador está aislado las 24 horas del día. . . están solos, y afectivamente tampoco tienen ninguna devolución. GD-TS

- ...si tiene que cuidar una persona con Alzheimer que pesa 90 kilos, son dolores y depre seguro. E-IC5

Las tareas excesivas y las condiciones laborales abusivas también generan síntomas:

- Limpiar abuela, limpiar, esperar enfermero, cambiar parche, unos días enfermero, otros días yo, yo sé cambiar parche, limpiar herida, yo sé todo, después dar desayuno abuela, mover abuela, sí, y después arreglar casa, lavar ropa, limpiar, cambiar cama, sábanas, preparar comida, todo, todo. E-C7
- ...comida y aseo, y cuerpo de casa, más la tarde, más la noche. . . 24 h. Terminan totalmente agotadas. GD-E.
- No tengo día libre, 2 horas cada día. EC-8

Las cuidadoras en situación de irregularidad jurídica soportan durísimas situaciones físicas y emocionales, que se traducen en síntomas y problemas de salud. Están convencidas de que el cuidado es su única puerta de entrada a la regularización, y cuando la consiguen pueden buscar un trabajo mejor y ganar en salud:

- ...si uno no tenía la residencia, no era fácil conseguir trabajo, y la única forma de poder obtener la residencia legal, era trabajando de interna. . . E-C2
- ...empecé a cambiar el chip cuando tenía ya mis papeles en las manos. E-C1

No se encontró culpa, factor patógeno, con respecto a quien cuidan, pero sí en relación a sus propias familias:

- Yo sí que le he fallado a mi hijita, pequeñita de 4 años, que la he dejado allí. E-C4

La elaboración satisfactoria del duelo migratorio afecta positivamente a su salud. Las motivaciones para emigrar, las estrategias

de movilidad social, las expectativas, la actitud al afrontar la nueva situación y los apoyos aquí y allí lo favorecen:

- Me vine porque ya no teníamos nada, ni para comer. E-C10
- ...en mi país no tenía nada que hacer, tampoco iba a poder trabajar ni desarrollar lo que me gusta. ... mi profesión de verdad es ingeniero de avión. ... y segunda profesión soy enfermera. E-C5
- Me siento muy bien con mi trabajo, aunque me gustaría trabajar en lo mío, sé que de momento tengo que estar haciendo esto, y no me importa. E-C9
- ...tocar las puertas, tocar, que de cien puede que una se abra. ... E-C1
- Juan es como un papá, es mi familia. E-C6

El factor que todas las personas entrevistadas consideraban más determinante de salud fueron las relaciones humanas. Hay que tener en cuenta que estas relaciones, creadas en un contexto de interculturalidad, pueden entrañar dificultades en la comunicación y el encuentro por el manejo de distintas claves lingüísticas, religiosas o culturales:

- Yo hablo de distinta manera, aunque es español, hay términos que yo no entiendo y no me entienden. E-C3

Sin embargo las relaciones se constituyen como factor de protección si se crea una relación de calidez, afecto y comunicación:

- ...respetan mis costumbres y mis creencias, eso para mí es muy importante, tengo mi tiempo para rezar, descansar. ... Son una gente muy educada, me tratan muy bien, me siento bien. E-C9
- ...de verdad, la experiencia muy bonita, porque yo no cuidaba a un enfermo, yo cuidaba a una persona y le tomé aprecio. ... entonces eso me fortalecía y me llenaba, me satisfacía. E-C1

Y si se da maltrato por parte de la familia contratadora, las relaciones se establecen como factor de riesgo:

- ...se quedó a trabajar ahí hasta tener los papeles, en este tiempo la chica se embarazó, y la señora no tenía consideración con ella, llegó a perderlo, abortó, se fue a su país a arreglar los papeles, y cuando volvió le dijo que le debía el tiempo que no trabajó, así que hacía doble turno, era increíble, y así pasaba el tiempo, hasta que se acostumbró a esa clase de trato. E-C2

Sin embargo, la actitud de la mujer inmigrante también influye en el tipo de relación creada:

- ...ésta hace lo que se le diga, ella sin rechistar lo hace. ... E-F2
- ...yo pienso que el sentirse bien en el trabajo depende de una misma, el trabajo lo dignifica la persona, y yo me siento muy bien. EC-9

Beneficios para las personas cuidadas y las familias

Se coincide en percibir como beneficio para las personas dependientes el hecho de ser atendidas en sus casas. Contratar una persona para el cuidado permite cubrir sus necesidades físicas satisfactoriamente y en el entorno de una relación especial, distinta y al margen de las connotaciones y contradicciones que pueden tener las relaciones familiares; que la relación sea nueva y contractual, la hace más libre de carga moral o emocional:

- Nos volvimos ya como cómplices. ... ella y yo. ... porque con las hijas. ... no es lo mismo, conmigo hacia cosas pícaras. E-C1
- El abuelito está bien atendido con una persona cariñosa que a veces le da más cariñitos que la propia hija, la hija está más

descansada, la familia relajada y la cuidadora inmigrante tiene su oportunidad de papeles, trabajo y casa, así que todos contentos. ... E-IC7

- ...creo que nosotros hemos hermanado, tenemos una amistad fuera de lo común. E-F4
- Sin ella no podríamos vivir, os lo aseguro. E-F3

Para la familia, contratar a una cuidadora es una opción con ventajas, la flexibilidad del trabajo doméstico permite compatibilizar trabajo emocional y físico dentro del mismo contrato, que unido a sus altas ventajas económicas y disposición de tiempo les permite aliviar su sobrecarga física, emocional y social, y se enriquecen si la relación es igualitaria y positiva:

- Pues lo normal de la casa, bueno, lo primero y principal mi madre, la tiene que lavar, cambiar, darle de comer, estar pendiente, y ya después hace las cosas de la casa. EF-2
- ...mi cuidadora es buenísima, la quiero mucho, sé lo que está pasando y sé lo que está haciendo. ... y yo en eso tengo cien por cien de confianza. E-F5.

Se constató que se contratan cuidadoras de todas las clases sociales. Es tal el beneficio que reporta a las familias, que realizan, si es necesario, un esfuerzo económico o inventan estrategias alternativas:

- ...han llegado al acuerdo de permitir que viva toda la familia inmigrante en la casa a cambio del cuidado de la abuela. E-IC7

Discusión

En la salud de las cuidadoras inmigrantes influyen, fundamentalmente, la repercusión del trabajo de cuidar y el proceso migratorio. Son dos hechos simultáneos y potenciadores de los efectos positivos o negativos en la salud, según sea la experiencia de ambos. Los problemas de salud que acaban padeciendo se deben más al hecho de cuidar que a posibles enfermedades intrínsecas o de sus países de origen¹⁴.

Según la ENI-2007¹⁵, los cuidados constituyen en un 90% la entrada al mundo laboral, aunque luego se cambie de trabajo. Se realizan en el ámbito doméstico, que los invisibiliza¹⁶, y no existen para estas trabajadoras normativas sobre salud laboral, a pesar de las recomendaciones del Parlamento Europeo indicando que debe estar bien regulado y remunerado para evitar la discriminación y la explotación de las mujeres extranjeras¹⁷. Las exigencias irregulares y excesivas¹⁷ que han narrado las personas entrevistadas, así como el grado de dependencia de la persona cuidada¹⁸, generan malas condiciones laborales, agravadas por el desgaste físico, emocional y social que conlleva sumar sentimientos a las tareas, o tener poco tiempo para sí y las relaciones sociofamiliares¹⁹.

Todo ello provoca síntomas¹²⁰ contemplados en nuestro estudio, similares a los descritos por numerosos autores/as en cuidadoras familiares^{3,16,21}.

Entre los sentimientos más patógenos destaca el sentimiento de culpa, que tiene su raíz en los valores para los que se ha socializado a las mujeres, interiorizados y asumidos profundamente²². La culpa respecto a la persona cuidada está presente en las cuidadoras familiares¹⁶, pero no en las contratadas, que sin embargo sí la sienten en relación a sus propias familias por la imposibilidad de cumplir el mandato de género de ser buena madre y esposa²². La «culpa depresiva» por la sensación de abandono familiar en las mujeres inmigrantes, según Bermúdez¹⁹, puede manifestarse con tristeza, pero conservan una esperanza que les alienta a seguir luchando.

La vulnerabilidad de estas mujeres inmigrantes puede implicar relaciones de dominación y explotación que, al darse dentro del dominio privado, son invisibles. No sólo influye el tipo de trato que proporcione la familia contratadora; las actitudes de las inmigrantes, de sumisión, servilismo, dignidad o apertura²³, influyen también en que las relaciones sean igualitarias o de poder²⁴.

Como ya aseveró Geertz²⁵, «la cultura no es un texto sino el contexto»; Bourgeault et al.²⁶, y Porat y Iecovich²⁷, corroboran que la dificultad en la comunicación, los problemas lingüísticos y las interferencias culturales y emocionales pueden generar desencuentro.

Si las actitudes de ambas partes son de apertura y escucha se da una oportunidad al encuentro, a una ayuda mutua¹⁶, que sirve a unas personas a integrarse y a otras a ver cubiertas sus necesidades de cuidados. Todos los discursos analizados coinciden con Restrepo²³ en que una relación humana y horizontal comporta crecimiento mutuo, beneficios físicos, emocionales y sociales^{20,28}, que repercuten positivamente en la salud.

Nuestros hallazgos al indagar la influencia de la clase social de la familia en el tipo de relación no coinciden con la afirmación de algunos informantes-clave y autores como Río et al.²⁹, que defienden que contratar el cuidado es exclusivo de familias de clase social alta.

La migración como acontecimiento vital estresante³⁰ constituye un factor añadido de riesgo para la salud mental. En las entrevistas, en concordancia con Oso³¹, se constató la fuerza positiva para la elaboración del duelo migratorio de las motivaciones para emigrar, y de las estrategias familiares³² e individuales de movilidad social. Aunque la emigración suponga una caída en el estatus social, les compensa el beneficio económico o la oportunidad para desarrollar su proyecto migratorio³¹.

Las mayores fortalezas de este estudio son la rigurosa descripción del proceso metodológico, la triangulación de las investigadoras, las fuentes y las técnicas de investigación, y haber llegado al nivel de saturación para el objetivo planteado. Proporcionan fiabilidad y validez, y neutralizan el peligro de exceso de subjetividad atribuido a la metodología cualitativa. El rigor metodológico y la validez quedan asimismo reforzados por la devolución que se hizo de los resultados a tres participantes en el estudio, que los refrendaron.

Cabe señalar como limitaciones la falta de neutralidad en las entrevistas al realizarlas en los hogares, y la imposibilidad de contemplar la variable sexo-género en las entrevistas al no encontrar hombres cuidadores inmigrantes internos.

Puede concluirse que el cuidado familiar encargado a mujeres inmigrantes tiene importantes repercusiones en su salud. Al ser un trabajo en el contexto doméstico, privado e invisible, puede facilitar relaciones de dominación y explotación, que junto a un alto grado de dependencia de la persona cuidada crean condiciones perjudiciales para la salud. Si las relaciones interpersonales son de buen trato e igualitarias, se constituyen como factor de protección para todas las personas en contacto. El segundo factor más influyente en la salud de estas cuidadoras es la elaboración satisfactoria o no del duelo migratorio.

Sería importante tener en cuenta los hallazgos de este estudio porque pueden contribuir a mejorar tanto la atención a la salud de las personas mayores dependientes, y de quienes las cuidan, como la formación en competencia intercultural de los y las profesionales de la salud.

Contribuciones de autoría

R. Casado-Mejía tuvo la idea original del trabajo e hizo el primer borrador de objetivos y diseño. E. Ruiz-Arias y A. Solano-Parés hicieron aportaciones al diseño del estudio. R. Casado-Mejía y E.

¿Qué se sabe sobre el tema?

El sistema informal de cuidados en las sociedades occidentales está en crisis, debido al aumento de la dependencia y al cambio de rol social de las mujeres y no tanto el de los hombres. El cuidado familiar informal tiene un impacto negativo en la salud y la calidad de vida de las personas, mayoritariamente mujeres, que cuidan. En la actualidad, este lugar lo están ocupando de manera emergente mujeres inmigrantes, realidad que hasta la fecha las investigaciones han abordado escasamente.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

En la salud de las cuidadoras inmigrantes influyen, fundamentalmente, la repercusión del trabajo de cuidar y el proceso migratorio. Las relaciones interpersonales, si son de buen trato, se constituyen como el factor de protección más importante para la salud de todas las personas implicadas y favorecen la calidad del cuidado. Nuestro estudio puede facilitar que desde los sistemas sanitarios puedan abordarse algunas de las necesidades de las personas cuidadoras (remuneradas o no), las cuidadas y sus familias; y sugiere la apertura de otras líneas de investigación que permitan profundizar en las relaciones de poder en el cuidado familiar, en la culpa, en las distintas estrategias para la organización de los cuidados domiciliarios y en la diferencia en los cuidados realizados por hombres y mujeres.

Ruiz-Arias obtuvieron, analizaron, interpretaron los datos y redactaron el primer borrador del manuscrito. A. Solano-Parés aportó ideas y nuevas interpretaciones, y revisó los borradores. Las tres autoras han aprobado la versión final del manuscrito. R. Casado-Mejía es la responsable del artículo y asegura que todas las autoras cumplen los criterios de autoría y no se excluye a nadie que también los cumpla.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A las y los profesionales del Servicio Andaluz de Salud de Sevilla que han facilitado la recogida de información necesaria, y han compartido sus conocimientos y experiencias, entre ellas Soledad Soler, Juana Cortés, Charo Gabriel, Victoria Rodríguez, Maite Brea, Encarnación García, M.^a del Mar Benítez, Pastora Hortelano, Mercedes Mira y Charo Ortiz. A esas necesarias personas que están dejando su tiempo y energías intentando un mundo mejor en asociaciones u organizaciones de forma altruista y solidaria. A las verdaderas protagonistas de este trabajo, las mujeres cuidadoras inmigrantes, las personas mayores y las familias, que nos han prestado sus relatos y un trocito de sus vidas, permitiéndonos sacar conclusiones de sus vivencias y de su intimidad.

Apéndice. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.gaceta.2012.01.012.

Bibliografía

- Dixon S, Walker M, Salek S. Incorporating carer effects into economic evaluation. *Pharmacoeconomics*. 2006;24:43-53.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia. 2008 (Consultado el 2/5/2011.) Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15%2Fp418&file=inebase>
- Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, et al. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit*. 2008;22:443-50.
- Durán MA. Las demandas sanitarias de las familias. *Gac Sanit*. 2004;18:195-200.
- García-Calvente MM, Del Río Lozano M, Castaño López E, et al. Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. *Gac Sanit*. 2010;24:293-302.
- Plá Julián I, coordinador. Luces y sombras del recurso al empleo de hogar. Valencia: Universidad de Valencia; 2008. 312 p.
- Hochschild A. Global care chains and emotional surplus value. En: Hutton W, Giddens A, editores. *On the edge. Living with global capitalism*. London: Vintage; 2001.
- Castells M. Immigrant workers and class struggles in advanced capitalism: the western european experiences. *Politics and Society*. 1975;5:33-66.
- Chaney EM. Women in international migration. *Issues in development planning*. Washington DC: Office of Women in Development, United States Agency for International Development; 1980, 50 p.
- Martínez Buján R. Bienestar y cuidados: el oficio del cariño. *Mujeres inmigrantes y mayores nativos*. España: CSIC - Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2010.
- Parella S. Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación. *Barcelona: Anthropos*; 2003, 414 p.
- Jansá JM. Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en salud pública. *Gac Sanit*. 2006;20:10.
- Casado-Mejía R, Ruiz-Arias E, Solano-Parés A. Revisión bibliográfica sobre cuidados familiares prestados por mujeres inmigrantes. *Gac Sanit*. 2009;23:335-41.
- Falces Aramendi A, Vázquez Villegas J, Cañas Otero E. Aproximación a las patologías y procesos más prevalentes. En: Varios autores. *Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2007. p. 147-79.
- Colectivo IOÉ, Fernández M. Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007: el mercado de trabajo y las redes sociales de los inmigrantes. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2010.
- Casado-Mejía R, Ruiz-Arias E, Solano-Parés A. El cuidado informal a la dependencia desde una perspectiva de género. *Enfermería Comunitaria*. 2008;4:10-7.
- García AM, López-Jacob MJ, Agudelo-Suárez AA. Condiciones de trabajo y salud en inmigrantes (Proyecto ITSAL): entrevistas a informantes clave. *Gac Sanit*. 2009;23:91-9.
- Ekwall AK, Siverg B, Hallberg IR. Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *JAN*. 2005;49:23-32.
- Bermúdez Quintana EM. Mujeres inmigrantes y salud. *Testimonios colombianos*. Valencia: Universitat de Valencia; 2006, 204 p.
- Avalon I. Examining satisfaction with live-in foreign home care in Israel from the perspectives of care recipients, their family members, and their foreign home care workers. *Aging Ment Health*. 2011;15:376-84.
- Bover A, Gastaldo D. The centrality of the family as a resource for home-care: gender and generational perspectives. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2005;58:9-16.
- Lagarde M. Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas. 2ª ed. Madrid: Ed. Horas y horas; 2011.
- Restrepo Vélez O. Mujeres colombianas en España: historias, inmigración y refugio. Madrid: Siglo XXI; 2006. p. 209.
- Bourdieu P. *Practical reason: on the theory of action*. Stanford: University Press; 1998, 153 p.
- Geertz C. *La interpretación de las culturas*. México: Gedisa; 1973.
- Bourgeault IL, Atanackovic J, Rashid A, et al. Relations between immigrant care workers and older persons in home and long-term care. *Can J Aging*. 2010;29:109-18.
- Porat I, Iecovich E. Relationships between elderly care recipients and their migrant live-in home care workers in Israel. *Home Health Care Serv Q*. 2010;29:1-21.
- Rosa E, Lussignoli G, Sabbatini F, et al. The immigrant paid caregivers' role in the care of patients with severe dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;23:331-3.
- Río Benito MJ, Álvarez Girón Manuela, García Gil MC, et al. Las mujeres inmigrantes en Sevilla. Una revisión desde la medicina social. *REIS*. 2003;104:123-44.
- Sayed-Amad Beirut N, Río BMJ, Fernández Regidor G. Salud mental. En: *Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2007. p. 127-44.
- Oso Casas L. Las jefas del hogar en un contexto migratorio. *Modelos y rupturas*. En: Checa, Olmos F, editores. *Mujeres en el camino*. Barcelona: Icaria; 2005. p. 85-104.
- Parella S. Los vínculos afectivos y de cuidados en las familias transnacionales migrantes ecuatorianas y peruanas en España. *Migraciones Internacionales*. 2007;4:151-88.