

LA EXTERNALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN MANOS DE MUJERES INMIGRANTES LATINOAMERICANAS EN ESPAÑA: CONSECUENCIAS EN SU SALUD FÍSICA Y PSICOLÓGICA.¹

Pierina Rosana Cáceres Arévalo

Doctoranda en Sociología, Universidad Complutense de Madrid

pierina.rosana@gmail.com

Resumen

La llegada masiva de mujeres de origen inmigrante a España, junto a la salida de las mujeres autóctonas al mercado laboral y el envejecimiento de la población española; han propiciado que cada vez sean más, las mujeres de origen latinoamericano, que se encargan del cuidado de personas mayores. En la presente investigación, se analiza dicho fenómeno haciendo especial hincapié en las consecuencias en la salud física y psicológica que aparecen como producto del cuidado; así como su relación con variables como el apoyo social percibido, la conformidad con las normas de género femeninas y el nivel de sobrecarga.

Para ello se utiliza una metodología que combina técnicas con carácter cualitativo y cuantitativo. De esta forma, se realizan entrevistas semi-estructuradas que permiten explorar la situación laboral de las mujeres y se usan escalas, previamente validadas, que permiten la cuantificación de los datos más relacionados con los temas de salud.

Los resultados muestran que una gran proporción de las cuidadoras inmigrantes presentan una mala salud física que coincide con la iniciación de su actividad laboral. Asimismo, se confirma que variables como el género y el apoyo social podrían estar modulando la salud de estas mujeres.

Dichos resultados permiten concluir que existen claras deficiencias en las condiciones laborales en las que se desenvuelven estas mujeres. Asimismo, se comprueba la influencia de una forma perjudicial de las normas de género femeninas sobre la salud física de las mujeres, así como la importancia de percibir apoyo social para presentar una mejor salud psicológica.

Palabras clave: mujeres inmigrantes, servicio doméstico, cuidados, salud física, salud psicológica.

Abstract

The massive arrival of women of immigrant origin in Spain, together with the departure of indigenous women to the labor market and the aging of the Spanish population; have led to more and more women of Latin American origin, who are responsible for the care of the elderly. In the present investigation, this phenomenon is analyzed with special emphasis on the consequences on physical and psychological health that appear as a product of care; as well as its relationship with variables such as perceived social support, conformity with female gender norms and the level of overload. To do this, a methodology combining qualitative and quantitative techniques is used. In this way, semi-structured interviews are conducted to explore the work situation of women and scales are used, previously validated, allowing the quantification of data more related to health issues.

¹ Esta investigación forma parte de los resultados de mi Tesis de Fin de Máster “Cuidadoras migrantes: consecuencias en su salud física y psicológica” presentada en la Universidad Complutense de Madrid.

The results show that a large proportion of immigrant caregivers present a poor physical health that coincides with the initiation of their work activity. Likewise, it is confirmed that variables such as gender and social support could be modulating the health of these women.

These results allow us to conclude that there are clear deficiencies in the working conditions in which these women operate. Likewise, the influence of a harmful form of the feminine gender norms on the physical health of women is verified, as well as the importance of perceiving social support to present a better psychological health

Key words: immigrant women, domestic service, care, physical health, psychological health.

INTRODUCCIÓN

La investigación que se presenta a continuación pretende analizar uno de los sectores productivos que más mujeres migrantes acoge en España como es el sector de los cuidados personales unido al estudio de la salud tanto física como psicológica de quienes trabajan en él.

Los primeros estudios de migración se basaron en la concepción de que los únicos contribuidores al sistema económico eran los hombres y que la participación de la mujer era insignificante en dicho proceso. Las mujeres tenían asignados los papeles de madres, esposas e hijas de las personas migrantes, siendo su rol, un rol pasivo de mera acompañante en el proceso migratorio (Oso, 1998).

Sin embargo, esta concepción ha venido variando en las últimas décadas en las que estamos asistiendo al fenómeno llamado "Feminización de las Migraciones", el cual hace referencia al aumento de mujeres en el proceso migratorio como artífices del mismo, en especial las procedentes de América Latina. Entre sus causas principales destaca la demanda de empleo específico para labores tradicionalmente femeninas, como el trabajo doméstico, el cuidado de la salud y la atención a niños y ancianos.

Así, se ha comprobado que las mujeres inmigrantes se ven abocadas a ciertos empleos hallándose claramente en un proceso de segmentación laboral. En este sentido los estudios se han centrado en la situación de las migrantes en el mercado laboral coincidiendo todos que la desventaja de las mismas dentro del mercado laboral es una realidad, más si se trata de mujeres del servicio doméstico (Parella, 2003; Cachón, 1995).

Al respecto, diversas investigaciones (IMSERSO, 2004 y Rogero, 2010) han hecho hincapié sobre las distintas consecuencias que el ejercicio del cuidado ocasiona sobre las mujeres cuidadoras. Se mencionan consecuencias de tipo físico y psicológico que podrían estar haciendo mella en la salud de estas mujeres. Otras investigaciones hacen referencia a la relación con otras variables más relacionadas con características propias de la cuidadora (Gallart, 2007 y Aparicio, 2007).

En el contexto de toda la problemática planteada, la presente investigación se centrará en el papel que ejercen las cuidadoras formales inmigrantes en el cuidado a mayores. Hasta el momento, la mayoría de las investigaciones se habían centrado en analizar las consecuencias sobre la salud de las cuidadoras informales, y la mayoría de ellas familiares de los mayores; siendo escasas, por el contrario, las investigaciones centradas en las consecuencias sobre la salud de las cuidadoras formales, en este caso, inmigrantes.

De este modo, el objetivo general de este estudio es analizar los efectos del cuidado de personas mayores sobre la salud física y psicológica de la cuidadora inmigrante. Además de este objetivo general se incluyen dos específicos.

El primer objetivo específico, es estudiar si existen diferencias en Salud Física (Consumo de sustancias, Visitas al médico para uno mismo y en representación de otros, Presencia de dolencias, Presencia de Enfermedad Crónica, Descanso, Ejercicio físico y Salud Física Auto-percibida) y Salud Psicológica según la modalidad de cuidados (externas o internas). La hipótesis planteada es que las cuidadoras internas presentarán peores niveles de salud física en las variables: Consumo de sustancias, Visitas al médico para uno mismo y en representación de otros, Presencia de dolencias, Presencia de enfermedad crónica, Descanso, Ejercicio físico y Salud Física Auto-percibida así como peor Salud Psicológica que las cuidadoras externas.

Y el segundo objetivo específico es analizar la relación entre la Salud Física (Consumo de sustancias, Presencia de dolencias, Presencia de Enfermedad Crónica y Salud Física Auto-percibida) / Salud Psicológica de las cuidadoras con las siguientes variables: Conformidad con las normas de género femenino, Nivel de sobrecarga y Apoyo social percibido. La hipótesis que se plantea es que variables como la Conformidad con las normas de género, el Apoyo social percibido y el Nivel de sobrecarga influirán en la salud física y/o psicológica de las cuidadoras inmigrantes.

Este trabajo consta de seis partes. Los tres primeros epígrafes constituyen la contextualización teórica necesaria para el entendimiento de la problemática. En el epígrafe 1 se analiza el cuidado de las personas mayores en el contexto español atendiendo a los dos protagonistas que forman parte de esta relación de cuidados: una población mayor y dependiente, así como un modelo de asistencia al mayor con rostro de mujer. En el apartado 2 se hace hincapié sobre el proceso de segmentación laboral al que deben hacer frente las mujeres migrantes, así como a la realidad del servicio de cuidados a personas mayores. En el epígrafe 3 se pone el foco de atención sobre los estudios realizados sobre la salud de las cuidadoras, en especial, las de origen migrante.

Posteriormente, el apartado 4 lo constituye el Método donde se recogen los participantes, instrumentos, procedimiento y análisis de datos realizados. En el epígrafe 8 se presentan los Resultados, de acuerdo con cada objetivo e hipótesis establecida. Y finalmente, en el apartado 9 se plantean las Discusiones y Conclusiones de la investigación.

1. EL CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL CONTEXTO ESPAÑOL.

La situación de las personas mayores y sus cuidadoras y cuidadores se ha constituido en las últimas décadas tema de investigación en el campo de las ciencias sociales y de la salud debido fundamentalmente al fenómeno de envejecimiento de la población española, así como a las transformaciones en la Familia, Estado y Mercado, como máximos proveedores de la atención a personas mayores en España.

Para Izquierdo (2003) los cuidados son una “necesidad multidimensional de todas las personas en todos los momentos del ciclo vital, aunque en distintos grados, dimensiones y formas. Constituyen la necesidad más básica y cotidiana que permiten la sostenibilidad de la vida” (p. 18). De forma más operativa se puede entender el hecho de cuidar como la gestión y el mantenimiento cotidiano de la

vida y de la salud que presenta una doble dimensión: la material – corporal y la inmaterial – afectiva (Covas, 2005 y Pérez, 2006).

1.1 Una España envejecida y dependiente.

España se encuentra a la cabeza de los países europeos con mayor esperanza de vida. Este dato únicamente es superado por Suecia y Francia. La esperanza de vida entre las mujeres se sitúa en los 84 años y entre los hombres en los 78 años, y esta tendencia sigue en aumento. Este aumento de la esperanza de la vida está suponiendo una gran responsabilidad por parte del Estado quien tiene que preocuparse por procurar los recursos sociales y sanitarios al colectivo de las personas mayores. Pero no sólo se vive más años, sino que también se observa un aumento de la discapacidad. Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (INE, 2008) las tasas de discapacidad de las mujeres son más elevadas que las de los hombres en edades superiores a 45 años.

Asimismo, al considerar la distribución de las discapacidades entre personas mayores de 80 años, los resultados de la misma encuesta (INE, 2008) arrojan que son tres las actividades que más se han visto perjudicadas en los mayores, éstos son: Movilidad, Vida doméstica y Auto-cuidado.

1.2 La mujer como principal cuidadora: un modelo de atención a la población mayor en España.

La familia ha sido considerada el sustento de muchas sociedades. En palabras de Martínez (2010) “el Estado de Bienestar familista característico de la Europa del Sur ha situado a la familia como una institución central que debe ocuparse de las contingencias personales sufridas por sus miembros” (p.24). Sin embargo, aunque muchos trabajos utilicen una denominación en plural de quienes cuidan (cuidadores familiares) haciendo referencia a varios miembros de la familia, la realidad nos dice que la tarea del cuidado suele recaer sobre una única persona, el cuidador principal. El cuidador principal, es aquella persona que dedica una gran parte de su tiempo al cuidado del enfermo o de la persona dependiente y que realiza tareas de cuidado de manera continuada y durante un tiempo prolongado (Crespo y López, 2007: 87). Tal y como lo indica un estudio realizado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales en el año 2005, este papel de cuidador principal recae sobre una mujer que en el 50% de los casos suele ser la hija, en el 12% la esposa o compañera y en el 9% las nueras, agrupándose en el 29% restante, cuidadores varones.

A este tipo de cuidadores se les denomina también cuidadores informales, puesto que no existe un intercambio monetario en la relación de cuidado, siendo un propio familiar quien se encarga de dicha tarea.

Por otro lado, existe la figura del cuidador formal. Aparicio (2007a) lo define como toda “aquella persona que cuida de forma directa a personas dependientes en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo una paga o beneficio pecuniario por su trabajo” (p. 98). En esta definición se encuentran incluidos cuidadores profesionales y no profesionales que reciben una remuneración económica a cambio del cuidado realizado.

En este sentido, existen dos tipos de cuidado formal: el provisto por los Servicios Sociales del Estado² y el provisto por un cuidador financiado por el propio receptor de la ayuda y/o su familia (Rogeró, 2010).

Esta investigación se centrará en el segundo tipo, por ser allí donde se insertan las mujeres migrantes.

Al respecto, los datos de la Encuesta Empleados de Hogar (2004) indican que el cuidado formal mayoritario proviene de empleadas de hogar. Los resultados hallados demuestran que dos de cada tres mayores que reciben cuidado formal lo pagan ellos mismos o sus familias en su totalidad (64.4%) y que aproximadamente uno de cada tres recibe cuidado financiado públicamente (34.4%).

De este modo, se opta por la contratación de empleadas de hogar (el porcentaje de varones con esta ocupación es casi inexistente) que aúnan a “dos trabajadoras en una”: la que cuida y la que desarrolla tareas del hogar.

2. SEGMENTACIÓN DEL MERCADO LABORAL: EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES COMO NICHO LABORAL.

Según diversos estudios³ se ha comprobado que el mercado de trabajo español para los inmigrantes está claramente segmentado principalmente en torno a dos variables básicas: género y etnia.

El trabajo asalariado se encuentra distribuido en diferentes estratos, en los que la pertenencia a uno u otro no depende solamente de ciertas cualidades profesionales o académicas, sino que cobran importancia el sexo y la nacionalidad de origen del trabajador (Martínez, 2003).

Es lo que Piore y Sabel (1990) denominan dualismo económico

...[el dualismo económico está] caracterizado por la existencia de un segmento de trabajo primario, en el cual tienen cabida el empleo estable, los altos salarios y aquellas categorías profesionales con condiciones de trabajo que están reguladas por los sindicatos y la administración; por otro lado, está el segmento de trabajo secundario, afectado por la carencia de una cobertura sindical e institucional que agrava la precarización del empleo, que es inestable, de escasa calificación, y con pésimas condiciones laborales (p. 122)

Este segundo mercado de trabajo podría tener correspondencia, en determinados casos, con el de los inmigrantes.

De este modo, las mujeres inmigrantes se ven abocadas a ciertos trabajos por su condición de mujeres y de inmigrantes. Parella (2003) hace mención a la triple discriminación a la que tienen que hacer frente por su clase social, género y etnia. Así el servicio doméstico, y el cuidado de personas mayores se constituyen en la puerta de entrada al mercado laboral español. Martínez (2010) afirma que son tres las causas de la aparición de este sector laboral: 1) el envejecimiento de la población que se traduce en un aumento de la esperanza de vida, 2) la incorporación de la mujer nativa al mundo laboral que se traduce en cambios dentro de la estructura familiar y 3) la llegada de flujos

² Sobre este tipo de cuidado no se ahondará puesto que escapa a los límites de la presente investigación. Sin embargo, para aclarar al lector se trata del cuidado provisto a través de instituciones (residencias de mayores, centros de día, etc.) de titularidad pública al se accede a través de los Servicios Sociales.

³ Ver Cachón (1995) y Parella (2003).

migratorios, en su mayoría mujeres, dispuestas a trabajar en el ámbito de los cuidados y servicio doméstico.

Las mujeres inmigrantes encuentran en el cuidado a personas mayores, al menos de forma provisional, una forma de asentarse en España. Y por otro lado, las familias autóctonas encuentran en estas mujeres una solución a sus problemas de cuidado y mantenimiento del hogar. Así pues, el mercado de trabajo del cuidado a personas mayores está marcado por la transnacionalización de la mano de obra y por unas deficientes condiciones de trabajo.

2.1 El cuidado de personas mayores provisto por mujeres inmigrantes.

Las familias empleadoras requieren una persona que realice tareas que van más allá de la atención personal al mayor, desde un “trabajo físico” como es la limpieza del hogar a un “trabajo emocional” que supone la presencia continua de una persona que ofrezca su compañía, bienestar y cariño (Martínez, 2010).

Como se ha venido señalando, la mayoría de las familias que deciden externalizar el trabajo de cuidados lo hacen principalmente hacia empleadas domésticas, inmigrantes en su mayoría, si hablamos de la modalidad de interna, debido a las elevadas ventajas económicas, al mayor tiempo de atención dispensado y a que el tipo de cuidados que estas personas ofrecen no se limitan únicamente a los cuidados personales sino que también engloban actividades relacionadas con el mantenimiento doméstico (Martínez, 2010).

Las empleadas de hogar inmigrantes como cuidadoras ofrecen ciertas ventajas frente a otros tipos de provisión de cuidados. Sus características laborales permiten una mayor flexibilización de horarios, una adecuación entre el tiempo de atención y el desarrollo de las tareas domésticas, así como la presencia, mediante la modalidad de “interna”, de una cuidadora permanente durante 24 horas diarias, que se hace cargo absolutamente de todos los cuidados básicos que requiera la persona mayor. La mayoría de las veces no se desarrolla una labor específica, sino que la trabajadora ha de permanecer en el hogar para la realización de actividades puntuales o para la mera supervisión (asistencia en caso de agravamiento de la enfermedad, coger el teléfono, dar la medicación, etc.).

2.2 Perfil y tipología de cuidadoras.

En cuanto a sus características personales se puede decir que se trata de mujeres cuya familia de origen es numerosa, con una media de 35 años de edad, casadas en su mayoría, con un nivel de estudios equivalente a formación profesional y el 58% cuenta con permiso de residencia (IMSERSO, 2004).

En lo que se refiere a su nacionalidad Martínez (2010) nos habla al respecto de una latinoamericanización⁴ de la inmigración. Esta latinoamericanización de la inmigración también habría llegado al sector de los cuidados. Tal como nos informa el IMSERSO (2004) el 85% de las trabajadoras domésticas son latinoamericanas. De ellas el 37.5% son de Ecuador, el 19.4% son de Colombia, el 12.5% de Perú, el 8.3% de Bolivia, el 4.2% de República Dominicana y el 2.8% son de Uruguay. Tal es así que el idioma, la religión o la cercanía podrían ser algunas de las características que muchos empleadores tienen en cuenta a la hora de seleccionar a una empleada hogar.

⁴ El término latinoamericanización ha sido acuñado por Izquierdo (2003).

En lo que se refiere a sus itinerarios laborales, se puede concluir que el 60 % de mujeres inmigrantes que viven en España señalan el trabajo doméstico como el único empleo desde su llegada y más de la mitad (53%) trabajan de internas. Al preguntárseles por el motivo de elección de este trabajo, el 65% argumenta que no encontró otra ocupación a su llegada a España, así como que fueron sus propios familiares y amigos quienes le ayudaron a conseguir el empleo (IMSERSO, 2004).

En este momento se cree oportuno hacer referencia a las distintas modalidades existentes en el sector de los cuidados para el esclarecimiento de los conceptos.

Según Martínez (2010) y Rodríguez et al. (2010) existen tres tipos de cuidadoras según el tiempo que permanecen en el domicilio. Existen otras tipologías relacionadas con el tipo y la cantidad de tareas, sin embargo, se considera la que ofrecen Martínez (2010) y Rodríguez et al. (2010) por ser la más conveniente para la consecución de los objetivos planteados.

- Cuidadoras internas. - Viven en el domicilio de la persona a la que cuidan, comen y duermen en su lugar del trabajo y atienden en una franja horaria muchas veces indeterminada.
- Cuidadoras externas. - Son aquellas que permanecen en torno a diez o doce horas diarias y cincuenta o sesenta horas semanales pero que no pernoctan en el domicilio. Realizan las mismas tareas que las cuidadoras internas.
- Cuidadoras por horas. - Son las que presentan una mayor dispersión en la duración de su jornada. Ellas mismas elaboran su propia jornada, a base de sumar varias horas en uno o varios domicilios. Puede llegar a ser muy larga si se suman los tiempos de desplazamiento de un centro de trabajo a otro o muy corta, si se opta por trabajar unas pocas horas. Entre sus tareas destaca las de acompañamiento y ayuda en las actividades básicas de la vida diaria del mayor como comer, vestirse y acudir al médico.

Como situación más habitual, predomina la de cuidadora interna y la de cuidadora externa; en menor medida se encuentran las por horas sueltas (IMSERSO, 2004). Esta última modalidad sería realizada en su mayoría por mujeres españolas.

3. APROXIMACIONES AL ESTUDIO DE LA SALUD DE LAS CUIDADORAS INMIGRANTES.

Según la Organización Mundial de la Salud “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1948). Asimismo, establece una serie de componentes que lo integran como el estado de adaptación al medio biológico y sociocultural, el estado fisiológico de equilibrio, el equilibrio entre la forma y la función del organismo, y la perspectiva biológica y social.

Específicamente en el ámbito laboral, la OMS también se pronuncia al hacer referencia a la salud ocupacional.

“La salud ocupacional es la actividad que promueve la salud de las personas en sus ámbitos laborales. Tiene que ver con las condiciones físicas del trabajador, pero también con lo psicológico. A la hora de ingresar a un trabajo, las personas se ven sometidas a un examen de salud, pero los accidentes laborales, los movimientos repetitivos asociados a determinadas tareas, la exposición a condiciones perjudiciales o el estrés y la presión por parte de superiores pueden deteriorar sus condiciones. Para evitar esto es necesario que quienes

contratan trabajadores lo hagan asegurándoles condiciones de trabajo adecuadas, enmarcadas en normas de seguridad, y también es necesario que el Estado, mediante sus organismos de control, propenda al cumplimiento de las leyes en este sentido.” (OMS, 1948).

Pues bien, en el ámbito del sector de los cuidados, si bien sí existen investigaciones acerca de la salud de cuidadoras familiares, poco se ha escrito sobre la salud de quienes lo hacen de manera remunerada, a excepción de los estudios relacionados con la salud de las enfermeras (Aparicio, 2007b).

Para entender las consecuencias del cuidado en la salud de mujeres migrantes es necesario partir de las diferencias de género en salud. Según Aparicio (2007b) las cuidadoras (independientemente de su origen étnico) presentan mayores niveles de depresión, sobrecarga, ansiedad, menor bienestar subjetivo y peor salud física con respecto a los cuidadores varones. Si a esto añadimos que las mujeres no son un grupo homogéneo y que, por lo tanto, existen diferencias con respecto a la raza, etnia, edad, nivel socio-económico, educación, etc. que podrían influir sobre su salud nos encontramos frente a una mujer trabajadora y migrante expuesta a la triple discriminación, según Parella (2003), por género, etnia y clase social. En palabras de Delicado (2001) se ha concebido la inmigración como una de las situaciones vitales que con mayor intensidad relaciona la exclusión social, las desigualdades y la falta de salud. Si a ello sumamos las desigualdades ligadas a las cuestiones de género y el aislamiento social; el resultado sobre la salud de las mujeres cuidadoras inmigrantes puede resultar altamente negativo para su bienestar y el de sus familias.

Según Aparicio (2007a) el estudio cuantitativo de los males debe complementarse con el aporte cualitativo de los enfoques de las ciencias sociales. En este sentido la Antropología Médica se erige como la ciencia social por excelencia que mejor estudia la interrelación migración y salud puesto que parte de la premisa que debe abordarse el cuerpo no sólo como una realidad biológica, sino como una entidad de construcción social y cultural. Sin embargo, la literatura relacionada con los efectos del cuidado continúa recayendo sobre la ideología médica tradicional y la psicología.

3.1 Estudios acerca de las repercusiones en la salud física y psicológica.

En cuanto a la *salud física*, los estudios realizados sobre la salud de los cuidadores, en general, han tenido en cuenta indicadores objetivos de salud física (listados de síntomas o de enfermedades, conductas saludables o perjudiciales para la salud, etc.), índices clínicos objetivos (niveles en el sistema inmunológico, niveles de insulina, tensión arterial, etc.) y sobre todo, valoraciones subjetivas de salud (Crespo y López, 2007). Todos estos datos concuerdan en que los cuidadores de mayores dependientes presentan importantes problemas de salud.

Como se ha comentado anteriormente apenas existen estudios donde se analice la salud de las cuidadoras inmigrantes. La mayoría de estudios (Crespo y López, 2007 y Aparicio, 2007a) se centran en comparar a la cuidadora con la no cuidadora o a la cuidadora formal proveniente de instituciones estatales con la cuidadora informal (familiar). Por lo que este estudio constituirá un gran avance sobre la materia.

Distintas investigaciones coinciden en la idea que las repercusiones en la salud física de las cuidadoras inmigrantes difieren fundamentalmente según el tipo de persona cuidada, el grado de

dependencia, las tareas domésticas encomendadas y el trato igualitario, o de explotación al que se encuentren sometidas.

En un estudio realizado por Casado, Ruiz-Ariasa y Solano-Parés (2012) se han hallado síntomas como cansancio, tensiones musculares, alteraciones del sueño y dolores en este tipo de cuidadoras. 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 que una vez conseguida podrán buscar un trabajo mejor y ganar en salud (Casado, Ruiz-Ariasa, & Solano-Parés, 2012).

En el caso de la *salud psicológica* es sabido por todos que cuidar a un mayor dependiente afecta a la estabilidad psicológica de quien la realiza, si a ello añadimos la condición de inmigrante y unas condiciones precarias de trabajo, la situación empeora.

De este modo, podemos afirmar que existe una variabilidad de fuentes de estrés en función de cada modalidad de cuidado. Es así que, las fuentes de estrés y las tareas requeridas no serán las mismas para una trabajadora por horas de ayuda a domicilio que para otra que trabaja como interna. En el caso de las trabajadoras internas, el triple aislamiento (espacial, social, individual) al que se ven sometidas perjudicará gravemente su salud mental. El hacinamiento en un hogar permanente durante muchas horas, el aislamiento familiar, y la incomunicación con otros sujetos que no sean la persona mayor a la que cuidan, serán algunos de los causantes de tal situación (Delicado, 2011).

Sin embargo, en este sentido la bibliografía resulta contradictoria. Por un lado, hay quien afirma que la inmigración debe entenderse como un acontecimiento vital estresante, en sí mismo, que constituye un factor de riesgo añadido para la salud mental, por lo que las cuidadoras inmigrantes serían más vulnerables. Por otro lado, autoras como Delicado (2011) y Gentil (2009) refieren que las creencias, valores o aptitudes, socialmente transmitidas y aprehendidas por las mujeres inmigrantes, pueden influir positivamente en el proceso de estrés y afrontamiento del cuidado; así como la alta presencia de autoestima y capacidad resiliente.⁵

3.2 El papel de las variables moduladoras.

Al hablar de “variables moduladoras” se hace referencia a aquellas variables que permiten conocer y sintetizar los factores que pudieran estar relacionadas con el malestar de las personas cuidadoras. Es conocido por todos que el hecho de cuidar a alguien constituye una condición estresante en sí misma; sin embargo, diferentes autores coinciden en la idea de que existen determinadas variables que pudieran hacer más acuciante esta situación.

Al respecto, diferentes estudios concuerdan que variables como la autoestima, la utilización o no de estrategias de afrontamiento evitativas o centradas en las emociones, el apoyo social y la percepción subjetiva de sobrecarga se asocian con mayores problemas de salud en el cuidador (Aparicio, 2007b).

Tal es así que Crespo y López (2007) afirman que el tipo de enfermedad padecida por el mayor puede no ser tan importante a la hora de explicar los problemas emocionales de las cuidadoras como

⁵ Se entiende por capacidad resiliente aquella cualidad que permite a algunos individuos salir fortalecidos tras la adversidad y lograr un desarrollo positivo como actores sociales, de acuerdo a las metas de la propia sociedad (Gentil, 2009).

las valoraciones que él mismo cuidador o cuidadora hace de la situación y sus recursos para manejar los problemas relacionados con el cuidado.

Asimismo, Aparicio (2007b) y Gallart (2007) coinciden en que las variables apoyo social percibido, conformidad con las normas de género y nivel de sobrecarga, entre otras, pueden ser consideradas como variables que modulan el efecto de los cuidados en las personas que lo ejercen.

En un estudio con población migrante Martínez, García y Maya (2001) hacen referencia al efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en dicho colectivo.

De este modo, el impacto del cuidado se puede ver mediatizado por otras variables que, aunque no se encuentran relacionadas directamente con el hecho de cuidar, sí pueden influir en la salud física y psicológica de nuestras cuidadoras.

4. MÉTODO

Para este estudio se ha utilizado una metodología de tipo mixto. De esta forma, se realizan entrevistas semi-estructuradas que permiten explorar la situación laboral de las mujeres y se usan escalas, previamente validadas, que permiten la cuantificación de los datos relacionados a la salud y las variables moduladoras.

4.1 Participantes

El número final de participantes de la investigación fue de 48 mujeres inmigrantes residentes en la Comunidad de Madrid todas ellas latinoamericanas de las cuales, 22 eran cuidadoras en la modalidad de externa (se incluye en este grupo a las trabajadoras por horas) y 26 en la modalidad interna. La media de edad es de 42.52 años ($DT = 9,574$). El 79,2% contaba con estudios medios y 52,1% lleva más de diez años residiendo en España.

4.2 Instrumentos

- Cuestionario socio-demográfico. Se han recogido datos demográficos de nuestras participantes tales como el sexo, la edad, el nivel de estudios, el estado civil, el número de hijos, la nacionalidad y el tiempo de residencia en España para situar la muestra objeto de estudio.
- Entrevista semi-estructurada. Se ha preguntado con cuestiones relacionadas con el ejercicio del cuidado de forma remunerada en España. En él se indagan sobre cuestiones como, si se ha recibido o no formación para el ejercicio del cuidado, el tiempo que lleva trabajando en este campo, la modalidad de atención (interna, externa o por horas), las tareas que realiza, condiciones del empleo, relación con la persona a la que cuida, entre otras. Con esta entrevista se pretende indagar sobre las condiciones socio-laborales difícilmente cuantificables por incluir cuestiones de tipo subjetivo. Así como un primer acercamiento para la realización de las encuestas.
- Datos de salud física. Se aplicó a las participantes una encuesta de salud física a través de un cuestionario diseñado y validado en investigaciones previas (Sánchez-López, Dresch y Aparicio, 2006), para obtener información de diferentes áreas que pueden ser susceptibles de presentar problemas, dolencias corporales y malestar físico en general, así como para detectar el padecimiento de enfermedades y trastornos psicosomáticos que coincidan con

algún hecho específico. En nuestro caso nos interesaba saber si coincidía con el inicio de la actividad laboral. Este cuestionario se ha operativizado en las siguientes variables: Consumo de sustancias, Visitas al médico, Presencia de dolencias, Presencia de Enfermedades Crónicas, Descanso, Ejercicio físico, Salud Física Auto-percibida.

- Cuestionario sobre salud psicológica (GHQ-12; General Health Questionnaire – Goldberg, D. & Williams, P., 1988). El estado de salud mental será medido través del GHQ-12, cuya puntuación general permite obtener una valoración de la salud psicológica de una población. El GHQ-12 está formado por 12 ítems con respuestas graduadas de 0 a 3 en los que se pregunta si la persona ha experimentado recientemente una serie de síntomas o algún tipo de comportamiento en particular. La puntuación de la variable salud mental se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada pregunta de modo que la puntuación total oscila entre 0 y 36 puntos, de mejor a peor salud mental. Se ha utilizado la adaptación española de Sánchez, M. y Dresch, V., (2008) que tiene un alfa de Cronbach de .76 (alfa estandarizado: 0.78).
- Inventario de conformidad con las normas de género femeninas (CFNI; Conformity to Femininity Norms Inventory - Mahalik, et al., 2005). El CFNI contiene 84 afirmaciones cuyas respuestas se miden en una escala de Likert de 4 puntos (0 = totalmente en desacuerdo, 1 = desacuerdo, 2 = de acuerdo, 3 = totalmente de acuerdo). Las afirmaciones han sido diseñadas para medir actitudes, creencias y comportamientos asociados con los roles de género femenino, tradicionales y no tradicionales. Se agrupan en ocho sub-escalas: Ser agradable en las relaciones, Cuidadora de niños, Delgadez, Fidelidad sexual, Modestia, Ser romántica en las relaciones, Hogareña e Invertir en el aspecto y apariencia. Las participantes deberán indicar en qué medida están personalmente de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación.
- Escala de apoyo social percibido (DUKE UNC – 11; Broadhead W E, Gehlbach S H, Degruy F V, Kaplan B, H., 1988). Se trata de un instrumento autoadministrado de 11 ítems que utiliza una escala de respuesta tipo Likert de 1 (“mucho menos de lo que deseo”) a 5 (“tanto como lo deseo”). El cuestionario evalúa cuantitativamente el apoyo social percibido e incluye dos dimensiones: apoyo social confidencial, por el cual las personas pueden recibir información, consejo o guía, o cuentan con personas con las que pueden compartir sus preocupaciones o problemas; y el apoyo social afectivo, que puede definirse en expresiones de amor, aprecio, simpatía o pertenencia a algún grupo.
- Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (CBI; Caregiver Burden Interview - Zarit, Reeve, Bach-Peterson, 1980). Fue diseñada para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal de pacientes. Consta de 22 ítems con cinco opciones de respuesta (1 = Nunca, 2 = Rara vez, 3 = Algunas veces, 4 = Bastantes veces y 5 = Casi siempre) y fue validada en México por Martín y cols. (1996). De acuerdo a la puntuación, las personas son evaluadas sin sobrecarga (< 47), sobrecarga leve (47-55) y sobrecarga intensa (> 56) en su versión original.

En la presente investigación ha de decirse que tuvieron que realizarse modificaciones puntuales en la escala. Debido a la particularidad de nuestra muestra se procedió a eliminar la pregunta N°15 (¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a esa persona además de sus otros gastos?) por no ser su contenido aplicable al contexto de cuidados al que hacemos referencia.

Debemos recordar que en su versión original fue pensada para cuidadores familiares, por lo que no tendría sentido preguntar a las cuidadoras inmigrantes si disponen o no de dinero suficiente para ejercer sus labores de cuidado al tratarse de cuidadoras remuneradas económicamente. Esto queda comprobado al realizar el análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach donde se confirma que dicho ítem es el ítem menos útil, por lo que tras su eliminación de la contabilidad total la fiabilidad se ve incrementada pasando de .71 a .73.

4.3 Procedimiento

El tipo de muestreo que se utilizó fue por conveniencia a través de la técnica de bola de nieve. Se contactó con las participantes a través asociaciones de inmigrantes y empresas de contratación de cuidadoras por horas. Estas asociaciones se ofrecieron como nexos de contacto con las mujeres cuidadoras y ofrecieron sus instalaciones para la recogida de la muestra.

Asimismo, se intentó equiparar en lo posible el número de cuidadoras internas y externas para poder cumplir adecuadamente los objetivos.

4.4 Análisis de datos

Los aspectos cualitativos son analizados bajo el paraguas de la teoría fundamentada de Glaser y Strauss. Esta técnica de análisis pretende descubrir lo que sucede en la realidad utilizando los datos empíricos para teorizar sobre problemas muy concretos. No se persigue construir teorías formales, ya que se espera la aportación continua de nuevos estudios, profundizando cada vez más y apoyándose en descubrimientos anteriores. Al igual que otras estrategias de investigación puede utilizar datos cuantitativos y combinar técnicas de análisis cualitativo y cuantitativo.

En cuanto a los datos cuantitativos para analizar las diferencias en salud física y salud psicológica según la modalidad de cuidado se procedió a utilizar el estadístico Chi Cuadrado para aquellas variables susceptibles de ser agrupadas por su extrema asimetría y el estadístico *t de student* para aquellas variables que eran simétricas.

Finalmente, para analizar la relación entre la salud física / salud psicológica de las cuidadoras con las variables: Conformidad con las normas de género femenino, nivel de sobrecarga y apoyo social percibido se ha empleado un análisis de correlaciones (Pearson).

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 20.

5. RESULTADOS

5.1 Una breve radiografía del sector.

La gran mayoría de mujeres migrantes que ejercen labores de cuidado contrariamente al ideario popular son mujeres con formación media y superior, así como con formación específica en el cuidado de personas mayores que han adquirido una vez instaladas en España.

La idea original en cuanto a su inserción en el mercado laboral español es iniciarse en el servicio doméstico⁶ para luego cambiar de trabajo, una vez se obtiene la documentación. Sin embargo, la realidad demuestra que las mujeres cuidadoras permanecen en ese sector durante diez o quince años muy a su pesar. El perfil más recurrente es el de cuidadora en régimen de interna, se trata de una mujer migrante que se encarga de todos los cuidados que requiera la persona mayor, así como de las tareas domésticas. Este tipo de cuidadoras realizan tareas que van desde el acompañamiento, hasta la dispensación de medicinas, ayuda en las actividades básicas de la vida diaria, así como labores de limpieza.

“...Me hace hacer de todo, estoy despierta desde las 6 de la mañana hasta las 11 de la noche que es cuando el señor se va a dormir. A veces el señor ni se levanta, pero ya quiere que vaya haciendo cosas, no me puede ver sin hacer nada...” (Cuidadora 1, Ecuador)

“El señor está bien mal, hace poco se cayó y se fracturó la rodilla, así que ahora me estoy centrando en cuidarle, pero siempre tengo que mantener el aseo porque rápido se dan cuenta...” (Cuidadora 12, Perú)

5.2 Diferencias en salud física y psicológica según la modalidad de cuidados

Para analizar las diferencias en salud física y psicológica según la modalidad de cuidados: cuidadoras internas y cuidadoras externas se ha procedido a utilizar el estadístico Chi cuadrado. En la siguiente tabla (Tabla 1) se presentan dichos resultados según los distintos indicadores que componen la variable Salud Física.

Datos de salud física	Modalidad de Trabajo	
	Externas	Internas
Consumo de sustancias **	100%	73.1%
Visitas al médico para uno misma (en un año)	2.91	4.36
Visitas al médico acompañando a otro*	2.47	6.36
Presencia de dolencias	95.5%	92.3%
Presencia de enfermedad crónica	59.1%	69.2%
Horas de descanso (en un día)	7.36	6.77
Realiza ejercicio físico	54.5%	57.7%
Salud física auto-percibida (1 al 10)	7.50	6.96
** $\chi^2 = 6.934, p < 0.01$ * $t = -2.290, p < 0.05$		
Fuente: Elaboración propia.		

Los resultados indican que las cuidadoras externas son las que consumen más sustancias y las cuidadoras internas las que más visitas al médico realizan, pero en representación de otras personas, en este caso las personas mayores. Cabe mencionar los peores índices de salud física de las cuidadoras internas, aunque éstos no constituyan diferencias significativas entre ambos tipos de cuidadoras.

⁶ Cabe recordar que cuando se habla de servicio doméstico se incluye el servicio de cuidados.

En la siguiente tabla (Tabla 2) se presentan las diferencias en salud psicológica según la modalidad de cuidado.

Para la salud psicológica se tendrá únicamente en cuenta la medida obtenida mediante el GHQ-12 por considerarse uno de los instrumentos más utilizados en la medida de la salud psicológica.

	Modalidad de Trabajo	
	Externas	Internas
Buena salud psicológica	81.8%	65.4%
Mala salud psicológica	18.2%	34.6%
Total	100%	100%
Fuente: Elaboración propia		

Los resultados indican que no existen diferencias significativas cuando comparamos la salud psicológica de las cuidadoras internas con la salud psicológica de las cuidadoras externas Siendo el valor $\chi^2 = 1.60$ $p = .171$. Sin embargo, en ambos casos, el resultado de la escala manifiesta que la mayoría de las mujeres (81.8% y 65.4%) cuentan con una buena salud psicológica.

5.3 Análisis de correlaciones

En la siguiente tabla (Tabla 3) se presentan los análisis correlacionales que permiten analizar si existen relaciones entre la Salud Física / Salud Psicológica y variables propias de la cuidadora como: Conformidad con las normas de género femenino, Nivel de sobrecarga y Apoyo social percibido mediante el coeficiente de correlación de Pearson, cumpliendo así con nuestro segundo objetivo específico.

	Género	Apoyo social	Sobrecarga	Salud física	Salud mental
Género	1				
Apoyo social	-0,055	1			
Sobrecarga	-0,107	-0,146	1		
Salud física	0,136	-0,242	0,018	1	
Salud psicológica	0,047	-,321*	0,246	,285*	1
* La correlación es significativa a nivel 0.05 (bilateral)					
Fuente: Elaboración propia					

Como puede observarse los resultados indican una correlación inversa entre salud psicológica y apoyo social ($r = -.32$; $p < .05$) lo que indica que a peor salud psicológica menos apoyo social. Y una correlación moderada entre las variables salud física y salud psicológica ($r = .28$; $p < .05$) que indican que una buena o mala salud física está relacionada con una buena o mala salud psicológica, respectivamente.

6. CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

Los resultados se expondrán de acuerdo a nuestros dos objetivos específicos; sin embargo, se considera fundamental resaltar que, con el análisis a través de la teoría fundamentada, son los datos empíricos, y no los *a priori* los que evidencian que existe otra realidad.

Pues bien, al analizar las diferencias en Salud Física y Salud Psicológica según la modalidad de cuidados los resultados indicaron que en la variable Consumo de Sustancias se hallaron diferencias significativas entre ambos tipos de cuidadoras, lo que indica una cierta relación entre ambas variables. De este modo el 100% de cuidadoras externas consumían alguna sustancia frente al 73.1% de cuidadoras internas que lo hacían. Esto puede deberse al mayor tiempo libre del que disponen las cuidadoras externas (Aparicio, 2007a). Dicha explicación no podría ser aplicable al consumo de fármacos y psicofármacos.

En una anterior investigación realizada por Aparicio (2007a) en la que se comparaban cuidadores formales e informales, ya se informaba que los cuidadores formales fumaban en mayor proporción que los cuidadores informales y consumían menos fármacos que los informales.

En cuanto a la variable Visitas al médico para uno mismo y acompañando a otros, los resultados indican que las cuidadoras internas realizan más visitas al médico tanto para ellas mismas como acompañando a otros que las cuidadoras externas. Sin embargo, las diferencias significativas se dan en las visitas al médico acompañando a otros ($M = 6.35$ vs. $M = 2.47$, $p < 0.05^*$). Esto puede deberse a que las cuidadoras internas son las encargadas de acompañar a las personas mayores a las que cuidan a sus revisiones, como una más de sus tareas.

En cuanto a la variable Presencia de dolencias, aunque no se hallaron diferencias significativas entre ambos tipos de cuidadoras sí se puede concluir que la presencia de dolencias físicas en cuidadoras externas (95.5%) e internas (92.3%) es bastante alta. Esto podría deberse a la gran cantidad de tareas que deben asumir, en especial la ayuda en las actividades básicas de la vida diaria, que requieren un gran esfuerzo físico. Esta presencia alta de dolencias ya habría sido mencionada en un estudio realizado por Aparicio (2007) en el que tampoco se hallaron diferencias significativas cuando se comparó la suma total de la variable entre cuidadoras formales e informales.

En la variable, Presencia de Enfermedad Crónica, tampoco se hallan diferencias estadísticamente significativas entre ambos tipos de cuidadoras. Sin embargo, es importante señalar que la mayoría de cuidadoras externas e internas refieren tener alguna enfermedad crónica con el 59.1% y 69.2% respectivamente. Y a la hora de preguntárseles por el hecho que coincidió con la aparición de dicha enfermedad el 49% refiere que ésta coincidió con la iniciación de su actividad laboral, es decir, la labor de cuidado.

En cuanto a la variable Descanso, a pesar de que las cuidadoras en la modalidad de internas afirman dormir menos que las cuidadoras externas ($M = 6.77$ vs. $M = 7.36$), estas diferencias no llegan a ser estadísticamente significativas. Al momento de contestar esta pregunta, resulta llamativo que muchas de las participantes coincidieron en afirmar que no acostumbraban a echar la siesta, y que aunque así lo quisiesen no podrían hacerlo puesto que su trabajo no se lo permitía. Esto confirma las argumentaciones planteadas por Martínez (2010) quien afirmaba que estas mujeres, las cuidadoras internas preferentemente, debían permanecer alertas durante las 24 horas del día para lo que pudiera

necesitar la persona a la que cuidan. Llegando incluso a no cumplirse, las dos horas de descanso por la tarde que se tienen estipuladas para este tipo de cuidadoras.

En lo que se refiere a la Salud física auto-percibida los resultados indican que las cuidadoras en la modalidad de internas valoran peor su salud física ($M = 6.96$ vs. $M = 7.50$) que las cuidadoras externas, sin embargo, estas diferencias no llegan a ser estadísticamente significativas. Esta peor auto-percepción podría estar relacionada con el mayor número de visitas que realizan al médico las cuidadoras internas. Sin embargo, ambas dan un aprobado alto a su salud física, algo que contrasta con los resultados de los anteriores indicadores. La respuesta puede hallarse en que se trata de una auto-percepción de la salud y que por tanto es de carácter subjetivo. En ella confluyen cuestiones culturales referentes a las concepciones de buena y mala salud que podrían estar ejerciendo influencia. Asimismo, dicha valoración positiva comprueba la alta capacidad resiliente de estas mujeres como bien afirmaba Gentil (2009).

En lo que respecta a la Salud Psicológica, los resultados indican una mayor proporción de cuidadoras internas que presentan peor psicológica comparada con la proporción de cuidadoras externas que refieren tener una mala salud psicológica (34.6% vs. 18.2%). Sin embargo, tampoco se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos. Esto podría deberse al triple aislamiento al que se ven sometidas las cuidadoras internas que provoca que su salud mental se vea seriamente resquebrajada, en comparación con la de las cuidadoras externas. Al respecto, es preciso señalar el alto porcentaje de cuidadoras tanto externas como internas que presentan una buena salud psicológica (81.8% vs. 65.4%), según sus respuestas al GHQ 12, contrariamente a la hipótesis planteada al inicio de este estudio. Estos datos están en consonancia con lo afirmado por Delicado (2011) quien refiere que las creencias, valores o aptitudes, socialmente transmitidas y aprehendidas por las mujeres inmigrantes, pueden influir en su proceso de estrés y afrontamiento del cuidado lo que ocasionaría que muchas de ellas no reconocieran como alto el nivel de sobrecarga al que deben hacer frente.

Por tanto, se concluye que la modalidad de cuidados no es un aspecto definitorio en las diferencias en salud física y psicológica; presentando la trabajadora doméstica, sea cual sea su modalidad, deficientes rasgos en su salud física pero no psicológica.

Por otro lado, al analizar la relación entre la Salud Física de las cuidadoras con las siguientes variables: Conformidad con las normas de género femenino, Nivel sobrecarga y Apoyo social percibido; los resultados indican que no se encuentran relaciones significativas entre el nivel de sobrecarga, la conformidad con las normas de género, el apoyo social y la salud física. Sin embargo, si se tienen en cuenta las sub-escalas del cuestionario de conformidad con las normas de género, se halla una correlación moderada entre la sub-escala 3 (Delgadez) y la salud física. Por tanto, se concluye que a una peor salud física de las cuidadoras está relacionada con la aceptación de la norma de género "Delgadez".

Distintos autores han señalado que las relaciones entre género y salud existen. La salud de las mujeres presenta características diferenciales debido a la imposición de los roles de género. De este modo, se puede comprobar que existen enfermedades más prevalentes en mujeres relacionadas con

la distorsión del físico. Así pues, el género se convierte en un determinante más de la salud confirmándose la hipótesis planteada.

Finalmente, al realizar los análisis de correlaciones entre la Salud Psicológica con el Nivel de sobrecarga, la Conformidad con las normas de género y Apoyo social percibido se comprueba que sólo existe una relación, en este caso inversa, entre la variable Apoyo social y Salud Psicológica. Estos resultados nos indican que una peor salud psicológica está relacionada con un bajo apoyo social percibido, confirmándose así la hipótesis planteada. Esta asociación ya habría sido estudiada en anteriores investigaciones, todas ellas llegando a la conclusión que una buena salud psicológica pasa por la percepción de alto apoyo social. En el caso de las cuidadoras inmigrantes el percibir apoyo social por parte de su red podría disminuir los riesgos de padecer algún problema psicológico (Martinez, y Garcia, 2001).

De este modo, se ha podido comprobar que tanto el Género como el Apoyo social se encuentran relacionados con la salud de las cuidadoras. Resulta llamativo que la variable Nivel de Sobrecarga no aparezca relacionada ni con la salud física ni con la psicológica. La explicación puede encontrarse en las explicaciones que ofrecía Delicado (2011) sobre el tipo de afrontamiento de las mujeres migrantes y que ya habríamos utilizado en esta misma investigación para explicar los resultados favorables del estudio de la salud psicológica de estas mujeres.

De forma adicional, resulta importante señalar que la correlación moderada hallada entre salud física y salud psicológica podría ser importante de analizar en futuras investigaciones ya que en esta investigación sólo se ha tenido en cuenta a la salud física y la salud psicológica como variables dependientes y no como posible variable independiente la una de la otra.

Una vez recogidos los resultados de los datos empíricos, se considera oportuno discutir sobre los planteamientos iniciales de la investigación.

Al iniciar este trabajo se partió bajo el supuesto de la cuidadora migrante como una persona cuya salud (tanto física como psicológica) estaría fuertemente resquebrajada porque en ella confluyen los estigmas del género, la clase social y la etnia, además de unas condiciones deficientes de trabajo, primordialmente presente en las internas.

Si bien es cierto, y los datos cuantitativos referentes a la salud confirman a través de sus indicadores nuestras hipótesis lo mismo no ocurre cuando se analizan las percepciones de las propias mujeres migrantes. Así, se han realizado numerosos estudios, sobre la salud de los migrantes poniendo el foco sobre aquello de lo que carecen o no es funcional. Sin embargo, son pocos los que vuelcan su mirada sobre las fortalezas de los mismos en el campo de la salud y el trabajo. Tal es así que si se toma en cuenta las percepciones sobre la salud y no sólo los datos cuantificables podremos darnos cuenta que existe en algunos casos una alta presencia de resiliencia. De esta forma se confirma la oportunidad de incluir un análisis desde la Antropología Médica que permita ver como culturales las construcciones de buena o mala salud que realizan las cuidadoras, y bajo este marco entender su forma de afrontar las amenazas y los problemas de salud. En este contexto cobra importancia conceptos como resiliencia que hace referencia al proceso que viven algunas personas para, no sólo no venirse abajo ante las situaciones difíciles, sino para salir fortalecidas. Y es que pesa más la perspectiva con que se enfoque el significado de la situación amarga que el suceso en sí. De esta

forma las personas con resiliencia no niegan la situación adversa, sino que la reconocen y después se enfrentan a ella, que es posible cuando se tiene un porqué, un motivo y además apoyo social (Gentil, 2009) como ocurre con las cuidadoras migrantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aparicio, A. (2007a). La antropología aplicada, la medicina tradicional y los sistemas de cuidado natural de la salud. Una ayuda intercultural para los padecimientos crónicos. *Gaceta de Antropología*, 23, 14.
- Aparicio, M. (coord.) (2007b). *La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales*. Madrid: IMSERSO
- Broadhead W E, Gehlbach S H, Degruy F V, Kaplan B, H. (1988). The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care* (26)709-723.
- Cachón, L. (1995). Marco institucional de la discriminación y tipos de inmigrantes en el mercado de trabajo en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 69, 105-124.
- Casado, R., Ruiz-Ariasa, E. & Solano-Parés, A. (2012). El cuidado familiar prestado por mujeres inmigrantes y su repercusión en la calidad del cuidado y en la salud. *Gaceta Sanitaria*, 26(6), 547-55.
- Covas, S. (2009). *Los hombres y el cuidado de la salud*. Madrid: Observatorio de Salud de las mujeres. Ministerio de Sanidad y Política Social
- Crespo, M. & López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Como mantener su bienestar"*. Madrid: IMSERSO
- Delicado, M^a. (Coord.) (2011). *Sin respiro. Cuidadoras familiares: calidad de vida, repercusión de los cuidados y apoyo recibidos*. Madrid: Ediciones Talasa.
- Gallart, A. (2007). *Sobrecarga del cuidador inmigrante no profesional formal*. Tesis Doctoral. Sant Cugat: Publicacions Universitat Internacional de Catalunya.
- Gentil, Isabel (2009). Salud y mujeres inmigrantes latinoamericanas. Autoestima y resiliencia. *Index de Enfermería*. Edición digital; 18(4). Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n4/6995.php>. Consultado el 14 de Mayo de 2015.
- IMSERSO (2004). *Encuesta Empleados de Hogar. Apoyo a mayores*. Madrid: IMSERSO
- Instituto Nacional de Estadística (2008). *Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia*. Madrid: INE.
- Izquierdo, M. J. (2003). *Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: hacia una política democrática del cuidado*. Vitoria: EMAKUNDE.
- Mahalik, J. R., Morray, E., Coonerty-Femiano, A., Ludlow, L. H., Slattery, S. M., & Smiler, A. (2005). Development of the Conformity to Feminine Norms Inventory. *Sex Roles*, 52, 317-335.
- Martínez M. F, García M, Maya I. (2001). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*, 13(4), 605-10.
- Martínez, R. (2003). La reciente inmigración latinoamericana a España. *Revista Población y Desarrollo* 40, 1-51.

- Martínez, R. (2010). *Bienestar y cuidados, el oficio del cariño: mujeres inmigrantes y mayores nativos*. Madrid: Centro de Investigaciones Científicas.
- Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Disponible en http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf Consultado el 02 de Marzo de 2015.
- Oso, L. (1998). *La migración hacia España de mujeres jefas de hogar*. Madrid: IMU.
- Parella, S. (2003). *Mujer, inmigrante y trabajadora. La triple discriminación*. Barcelona: Anthropos.
- Pérez, A. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de economía crítica*, 5, 7-37.
- Piore, M. J. y C. H. Sabel (1990). *La segunda ruptura industrial*. Madrid: Alianza Editorial.
- Rodríguez, V. et al. (2010). Inmigración y cuidados de mayores en los hogares de la Comunidad de Madrid. Madrid: IMSERSO.
- Rogero, J. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: IMSERSO.
- Sánchez-López, MP. y Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema* 20 (4), 839-843.
- Zarit S. (1996). Behavioral disturbances of dementia and caregiver issues. *Int Psychogeriatr* 8 (3), 263-268.