



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN
GRUPAL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS Y
SATISFACCIÓN VITAL DE LAS
CUIDADORAS INMIGRANTES Y
AUTÓCTONAS (CIA)**

TESIS DOCTORAL

Doctoranda

Remedios Rojano Pérez

Directores

Dra. Dña. Isabel María Morales Gil

Dr. D. Francisco Javier Barón López

Málaga, Mayo de 2014



**Publicaciones y
Divulgación Científica**

AUTOR: Remedios Rojano Pérez

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons:

Reconocimiento - No comercial - SinObraDerivada (cc-by-nc-nd):

[Http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es)

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es

A Francisco

A María y Eva

A mis padres

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas sin los que no hubiera realizado esta investigación.

Quiero agradecer a todas las personas cuidadoras por la gran labor que realizan al cuidado de los mayores y su desinteresada participación en este estudio, sin su colaboración este estudio no hubiera sido posible, espero que este trabajo pueda contribuir a conocer mejor la situación de los cuidadores y seguir avanzando juntos en la calidad del cuidado que se presta no solo a la persona dependiente, también a los grandes proveedores de cuidado, como son las cuidadoras inmigrantes y autóctonas.

En especial quiero dar las gracias a la Dra. Isabel M^a Morales Gil, directora de esta tesis, por estar siempre disponible y ayudarme en todo cuanto he necesitado, por la cantidad de horas que me ha acompañado y le ha dedicado al desarrollo de este trabajo y, sobre todo, por la amabilidad y calidad humana.

Al Dr. D. Francisco Javier Barón López, codirector de esta tesis, por su inestimable ayuda, por estar siempre disponible y ayudarme en todo cuanto he necesitado.

Al Distrito Sanitario Málaga de Atención Primaria, que ha sido la pieza clave para el desarrollo de la tesis, permitiéndome realizar la investigación en esta área asistencial, a Don Francisco J. Martín Santos Director de cuidados del distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce, Don Francisco J. Navarro Moya Coordinador Unidad efectividad clínica e investigación y Prof. Dr. José Miguel Morales de la Facultad de ciencias de la Salud Málaga.

Quisiera hacer extensiva mi gratitud a mis compañeros de trabajo y en especial a Margarita, Elena, Lucinda y Magdalena que me han ayudado y me han apoyado desde los comienzos del trabajo.

Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibidos de mi familia. Sin embargo nada hubiera sido posible sin el apoyo incondicional de mi marido Francisco y mis hijas María y Eva.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Tanto la doctoranda como los directores de la tesis declaran no tener ningún conflicto, ni interés derivado con terceros como consecuencia del desarrollo de este estudio.

INDICE

INTRODUCCIÓN	13
---------------------------	----

MARCO CONCEPTUAL

1. Envejecimiento en España y su relación con la inmigración.

1.1. Magnitud del envejecimiento.....	21
1.2. Antecedentes de la relación entre inmigración y envejecimiento.....	24
1.3. La inmigración: su efecto en el contexto político, social, económico y sanitario en España y en Andalucía.....	28
1.4. Mercado de trabajo y afiliación de personas inmigrantes y autóctonas.	
1.4.1. Ocupación.....	36
1.4.2. Desempleo y tasa de paro.....	39
1.4.3. Las cuidadoras en el actual mercado de trabajo.....	40

2. La relación de la enfermería con la cultura del cuidado y la diversidad cultural

2.1. Teoría de la cultura del cuidado y la enfermería.....	47
2.2. Los profesionales sanitarios: enfermeras ante la diversidad cultural y el cuidado.....	50

3. Cuidadoras informales autóctonas y cuidadoras formales inmigrantes de personas mayores

3.1. El mayor dependiente, su cuidador informal y formal.....	55
3.2. Relaciones de las cuidadoras y pacientes, análisis desde la perspectiva de género.....	63
3.3. Diversidad cultural, su influencia en las desigualdades sociales en salud.....	76

3.4. Los conceptos de sobrecarga del cuidador, apoyo social, satisfacción laboral, felicidad y satisfacción vital.....	84
3.5. Estrategias para superar los efectos negativos en el cuidador.....	94
MARCO EMPIRICO	
4. JUSTIFICACIÓN.....	105
5. HIPOTEIS Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.	
5.1. HIPOTEIS.....	113
5.2. OBJETIVOS.....	114
5.2.1. Objetivo general	
5.2.2. Objetivos específicos.	
6. MATERIAL Y METODO.	
6.1. Diseño.....	117
6.2. Ámbito de estudio.....	117
6.3. Población y Muestra.....	117
6.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	120
6.5. Descripción de las Variables	122
6.6. Descripción de los instrumentos.....	123
6.7. Procedimiento.....	127
6.8. Secuencia de actuación.....	130
6.9. Análisis de datos.....	132
6.10. Aspectos éticos.....	133

7. RESULTADOS

7.1. Estudio descriptivo general

7.1.1 Variables sociodemográficas..... 139

7.1.2. Características laborales del cuidador inmigrante y autóctono..... 146

7.1.3. Características del trabajo que realizan el cuidador inmigrante y autóctono, por género..... 151

7.1.4. Características del ocio y tiempo libre, que realizan el cuidador inmigrante y autóctono, por género..... 155

7.1.5. Diferencias obtenidas en variable de satisfacción vital con la vida de Diener, felicidad, apoyo social de Duke-Unc, índice de esfuerzo del cuidador (ICE) y satisfacción con el trabajo de Warr, del cuidador inmigrante y autóctono, antes de la intervención..... 157

7.1.6. Diferencias obtenidas en variables de conocimientos del cuidador inmigrante y autóctono, antes de la intervención..... 159

7.2. Estudio analítico de los resultados de la intervención..... 161

7.2.1 Variables de resultados de conocimiento de salud en los grupos de intervención y control..... 161

7.2.2 Variables de resultados de satisfacción con la vida de Diener, Felicidad, apoyo social de Duke, variable del Índice del esfuerzo del cuidador ICE y satisfacción con el trabajo de Warr, en los grupos de intervención y control..... 163

7.3. Estudio analítico análisis de las correlaciones..... 168

7.4. Modelo predictivo (Regresión) de satisfacción vital..... 169

8. DISCUSIÓN..... 173

9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO..... 197

10. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA.....	199
--	------------

11. BIBLIOGRAFÍA.....	211
------------------------------	------------

ANEXOS

Anexos 1. Programa de Intervención.....	251
---	-----

Anexos 2. Documentos recogida de datos.....	259
---	-----

Anexos 3. Documento de recogida de datos.....	261
---	-----

Anexos 4. Test de conocimientos 1,2 y 3.....	265
--	-----

Anexos 5. Autorización de la Comisión de Ética.....	273
---	-----

Anexos 6. Consentimiento informado.....	275
---	-----

Anexos 7. Aportación artículos publicados relacionados con la tesis.....	277
--	-----

INTRODUCCIÓN

La necesidad de realizar este trabajo nace de la experiencia en la gestión de casos. Nuestras responsabilidades aumentan, y nuestras competencias tienen que aumentar también. Vivimos y trabajamos inmersos en un mundo globalizado, ferozmente competitivo y precario, una sociedad heterogénea, con cambios acelerados, que basa su prosperidad en la técnica y el conocimiento, se ha convertido en realidad en una sociedad del aprendizaje continuo y cada vez más envejecida, con más patologías crónicas que exige al sistema sanitario y a nosotras como enfermeras de práctica avanzadas o enfermeras gestoras de casos, debemos promover estilos de vidas que favorezcan en la población el envejecimiento saludable y activo.

El interés de esta investigación ha sido analizar los efectos que puede tener la educación para la salud en cuidadoras inmigrantes y autóctonas. Numerosos estudios avalan los beneficios de utilizar la educación para la salud grupal en cuidadoras. En este grupo de población, con nuevas necesidades, surgidas de la nueva situación de ser cuidadoras, tiene un impacto importante la utilización de la educación para la salud grupal.

Para realizar esta investigación se han seleccionado dos grupos de cuidadoras inmigrantes y cuidadoras autóctonas adscritas a los centros de salud de Alameda-Perchel, Limonar, Delicias, Torcal, Puerta Blanca.

Dentro de estos dos grupos se han creado otros dos subgrupos (subgrupo cuidadoras inmigrantes, uno intervención y otro control) en los que se le ha aplicado una intervención de educación para la salud específica para cuidadoras, y al otro subgrupo, o grupo de control, no se ha intervenido con ellos de forma grupal, se le ha realizado la atención habitual. Exactamente igual, se han creado dos subgrupos de cuidadoras autóctonas uno intervención y otro control. Esto nos ha permitido comparar los resultados entre los grupos de intervención y control, tanto en cuidadoras inmigrantes como autóctonas, para conocer los efectos de la intervención.

Esta tesis doctoral está estructurada en dos grandes apartados.

La primera parte, **Marco Conceptual**, consta de 3 capítulos, en los que se contextualiza el tema de investigación. El capítulo primero aborda los aspectos relacionados con el envejecimiento en España y su relación con la inmigración, la magnitud del envejecimiento, los antecedentes de la relación entre inmigración y envejecimiento, el efecto de la inmigración en el contexto político, social, económico y sanitario en España y en Andalucía y por último en este capítulo se analiza el mercado de trabajo y afiliación en cuidadoras inmigrantes y autóctonas.

El capítulo segundo se analiza la relación de la enfermería con la cultura del cuidado y la diversidad cultural, se contextualizan la enfermería y la teoría de la cultura del cuidado y la enfermería ante la diversidad cultural y el cuidado.

El capítulo tercero aborda a las cuidadoras informales autóctonas y cuidadoras formales inmigrantes de personas mayores. Hablaremos indistintamente de cuidadores o cuidadoras, por ser el colectivo más numeroso el de cuidadoras, vamos a utilizar mayoritariamente el término en femenino. En este capítulo se analiza a la persona mayor dependiente, su cuidadora informal y formal, las desigualdades sociales en salud, el análisis se abordará desde la perspectiva de género. Además también, se analizan los conceptos de sobrecarga del cuidador, apoyo social, satisfacción laboral, satisfacción vital, estrategias para superar los efectos negativos en el cuidador.

La segunda parte, **Marco Empírico**, se estructura en 9 capítulos, en el primero, Justificación, se argumenta la necesidad de realización de este trabajo de investigación. En los capítulos 4 y 5, se desarrollan las cuestiones metodológicas del estudio, Hipótesis, Objetivos, Material y Método. En los capítulos 5, 6 y 7 se exponen respectivamente los Resultados de la investigación expresados en tablas y gráficos, la Discusión y las Limitaciones del la investigación. En el capítulo 8 se

encuentran las Conclusiones, planteadas en relación con los objetivos propuestos. En el 9, Prospectiva, se proponen las futuras líneas de investigación que creemos sería interesante desarrollar. Por último, se incluyen las Referencias Bibliográficas utilizadas y los Anexos.

Parte I

Marco Conceptual

Contenido.

- ▶ Capítulo 1. Envejecimiento en España y su relación con la inmigración.
- ▶ Capítulo 2. La relación de la enfermería con la cultura del cuidado y la diversidad cultural.
- ▶ Capítulo 3. Cuidadores informales autóctonos y cuidadores formales inmigrantes de personas mayores.

Capítulo 1
**Envejecimiento en España y
su relación con la
inmigración.**

Contenido.

1. Magnitud del envejecimiento.
2. Antecedentes de la relación entre inmigración y envejecimiento.
3. La inmigración: su efecto en el contexto político, social, económico y sanitario en España y en Andalucía.
4. Mercado de trabajo y afiliación en inmigrantes y autóctonas.
 - Ocupación.
 - Desempleo y tasa de paro.
 - Las cuidadoras en el actual mercado de trabajo.

1.1. Magnitud del envejecimiento.

El envejecimiento de la población que se ha producido en los países del primer mundo, es debido fundamentalmente a un aumento en la esperanza de vida, que se acompaña de un descenso en el índice de nacimientos. Aunque el crecimiento del número de personas mayores de ochenta años es menor que en las otras edades, se produce el fenómeno, de que nunca antes ha habido tantas personas de esta edad (INSERSO, 2010). Los datos demográficos serían motivo de alegría si no fuera porque se han visto acompañados de una estigmatización social de la vejez. El envejecimiento es un fenómeno biológico e inevitable que podemos percibir de un modo positivo o negativo, influenciados en cierta medida por el marco de referencia del que partamos, pero en gran medida influenciados, por las respuestas sociales que se les otorga a las personas que se consideran abarcadas por dicho fenómeno. Visto así el envejecimiento no es un problema en sí mismo, sino que los problemas surgen por la falta de respuestas sociales, políticas y jurídicas a adoptar para abordar la cuestión del envejecimiento (OMS, 2012).

De mantenerse los ritmos actuales de reducción de la incidencia de la mortalidad por edad sobre la población de España, además, el saldo entre nacimientos y defunciones entraría en una dinámica continuamente decreciente. De hecho, dicho excedente vegetativo, tras haber alcanzado su máximo de las últimas décadas en 2008, acabaría tornándose negativo

a partir de 2020, lo cual supondría un fuerte freno al crecimiento poblacional. Concretamente, el grupo de edad de mayores de 64 años se duplicaría en tamaño y pasaría a constituir el 31,9% de la población total de España. Con ello, por cada 10 personas en edad de trabajar, en 2049 residirían en España casi nueve personas potencialmente inactivas (menores de 16 años o mayores de 64). Es decir, la tasa de dependencia se elevaría hasta el 89,6%, desde el 47,8% actual (Indicadores demográficos, 2013).

En España y en Andalucía, en los últimos años, el envejecimiento de la población y la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo han tenido como consecuencia la disminución de cuidadoras familiares (generalmente mujeres), lo que ha generado en los hogares una nueva demanda de servicios de cuidado (Costa y García, 2007; Tobio y Díaz, 2007).

En la actualidad, los servicios formales públicos (ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día y residencias) tienen una limitada cobertura para satisfacer las necesidades de las personas mayores dependientes, que van dirigidos fundamentalmente a atender a quienes tienen mayor nivel de dependencia y rentas más bajas. La extensión y cobertura de servicios, tanto en el ámbito sanitario y sobre todo en el social, con la crisis económica actual, todavía es baja comparada con otros países (Asplund, et al., 2000; Ávila, Vázquez y Baztán, 2000).

Además, los servicios formales privados representan un coste excesivamente elevado para muchas familias, que no pueden asumir los gastos derivados de la dependencia (Libro Blanco, 2005; OMS, 2012).

Nuestro modelo de atención domiciliaria apoyado básicamente en la familia, difícilmente será sostenible en el tiempo debido a: la incorporación de la mujer al mercado laboral (Torns, 2004), la preferencia de las personas mayores a ser cuidadas en su domicilio y la priorización de los cuidados de las personas mayores en la comunidad como tendencia en política social; aparece una nueva figura la mujer cuidadora inmigrante, que viene a sustituir a las mujeres que se ocupaban de sus progenitores (Zabalegui, 2007).

Como consecuencia, muchos hogares y familias optan por contratar, de manera irregular y a bajo coste, los servicios privados ofrecidos por trabajadoras extranjeras, que están sirviendo de relevo a la mujer española en parte de las tareas domésticas y cuidado de las personas dependientes del hogar (Rogeró, 2009). En la actualidad, el peso de la actividad de este tipo de cuidador ya es superior al formal profesional y representa el 62,22% en España y el 56,34% en Andalucía (Fernández, 2009).

1.2. Antecedentes de la relación entre inmigración y envejecimiento.

El envejecimiento de la población es un logro humano: vivir más y vivir mejor. Constituye una de las transformaciones sociales más importantes producidas en el último tercio del siglo XX. Pero es, a la vez, un reto al que es necesario dar respuesta. Se trata de un reto complejo, pues el incremento del número de personas mayores y, dentro de éstas, el de las personas de edad más avanzada, y las necesidades crecientes de atención derivadas de ese crecimiento, coincide en el tiempo con una crisis de los sistemas de apoyo informal que han venido dando respuesta a esas necesidades, motivada por otras dos grandes transformaciones sociales de este final de siglo: el cambio en el modelo de familia y la creciente incorporación de las mujeres al mundo laboral (Finotelli, 2008; Martínez, 2009).

En Europa existen más de 40 millones de europeos con problemas de discapacidad, y por tanto de dependencia que esperan ver resueltos de una manera equitativa y solidaria. De ellos, en España 4,1 millones de personas discapacitadas, en su gran mayoría con edades superiores a los 65 años, reclaman también atención social y sanitaria por problemas de falta de autonomía (INSERSO, 2011).

Para atender a esta demanda de cuidados no es suficiente con la oferta pública de servicios sociales, destinados a cubrir las situaciones de

dependencia en nuestro país. Las principales fórmulas de asistencia personal desarrolladas desde la Administración Pública (es decir, las residencias gerontológicas, el servicio de ayuda a domicilio, la teleasistencia y los centros de día) presentan un índice de cobertura de un 12,1% (Sancho y Rodríguez, 2006). Es decir, tan solo doce de cada cien mayores son usuarios de un servicio público. Al menos, un cuarto del total de la población mayor de 65 años de nuestro país, son dependientes y necesitan de la ayuda de una tercera persona para realizar las actividades de la vida diaria (Libro blanco de la dependencia, 2005).

Hasta ahora, estos cuidados los estaba proporcionando la familia. Pero ahora, la familia necesita una cuidadora que dispense una asistencia continuada incluso durante la noche. 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 y los cuidados personales a un trabajo emocional que supone la presencia continua de una persona que ofrezca su compañía bienestar y cariño. Y esta tarea no es realizada desde las empresas privadas, cuyas cuidadoras únicamente se dedican a tareas específicas de asistencia personal. Los estados deberían apoyar medidas con el objetivo de prestar ayudas a las cuidadoras informales porque es lo solicitado por las personas mayores, sus familiares, en definitiva por la ciudadanía y al mismo tiempo es mucho más eficiente económicamente (Pereda, De la Prada, Actis, Rodríguez y Sancho, 1999; Van & Uunk, 2007).

Como se desprende de últimos datos del Padrón Municipal, con fecha de 1 de Enero de 2013 Málaga (Ayuntamiento Málaga, 2013), cuenta con una población extranjera de 46.166 personas, de las cuales 11.808 son comunitarias y 34.358 son extracomunitarias. Por países de procedencia, ocupan los primeros lugares los ciudadanos procedentes de Marruecos (7.615), Argentina (3.920), Paraguay (3.309) Rumanía (3.020), Ucrania (2.856), y Colombia (2.139). Además, las cifras varían dependiendo de los distritos. El distrito Carretera de Cádiz encabeza el censo de población extranjera, seguido de distritos Centro, Bailén-Miraflores, Cruz de Humilladero y Este de Málaga.

Actualmente en Málaga la población inmigrante regularizada ya representa el 7,5% de la población y durante el 2004 era de un 4,2%, mientras que en España la población inmigrante es el 12% de la población y en Andalucía representa el 8,1%. Dentro de los diferentes trabajos que realizan los inmigrantes, el sector de los servicios ocupa el primer lugar con un 84% (Ayuntamiento Málaga, 2013) y gran parte se dedica al cuidado formal de la población española a domicilio, representando el 43,1% de los cuidadoras no profesionales de ancianos (Pajares, 2005). Por último, cabe destacar que el Régimen Especial de Seguridad Social de empleados de hogar, es el único sector donde la población extranjera, especialmente mujeres, supera a las afiliaciones de personas autóctonas. Según (Fernández, 2009), en la comunidad autónoma de Andalucía, un

7% del total de afiliaciones registradas corresponden a personas extranjeras. En esta situación, donde una gran parte de las cuidadoras son inmigrantes de culturas diversas, se pueden desarrollar diferentes respuestas frente al cuidado a domicilio y por tanto, merecen ser estudiadas (Sterritt, 1998).

La bibliografía muestra cómo los cuidadoras tienen dificultades para el desarrollo de su función, como la sobrecarga, durante el cuidado a las personas mayores (Zarit & Leitsch, 2001). Además, se han definido diferentes factores relacionados para cada una de estas dificultades con el objetivo de intentar disminuir su incidencia (Crockers, 2002; Navaie, 2002). Existen otros factores relacionados entre sí, como son: la satisfacción Vital del cuidador (Diener, Larsen, Levine & Emmons, 1985), el apoyo social del cuidador (Baila & McFall, 1991; Bellon y Delgado 1996), la satisfacción laboral (Warr, Cook & Wall, 1979), el estado físico-mental del cuidador y de la persona cuidada y el nivel cognitivo de la persona cuidada (Morano y Bravo, 2002). Un dato interesante es que un 4,75% de la muestra del estudio de Fernández (2009) eran hombres extranjeros, sobre todo hombres sudamericanos, que en algún momento del itinerario de sus vidas como inmigrantes en España, han trabajado en empleo doméstico, asumiendo funciones de mayordomo o acompañando a personas mayores. Por lo que hemos incluidos tanto a cuidadoras como a cuidadores en nuestro estudio. Finalmente, hay que destacar que la mayor concentración de la población inmigrante en Málaga se encuentra en la zona de carretera Cádiz y Centro sumando entre los dos distritos el 20%

de la población extranjera total de Málaga ciudad, siendo éste el motivo que nos hace creer que debemos empezar por estudiar en los distritos Carretera de Cádiz y Centro, este tema del cuidado domiciliario a las personas mayores por cuidadoras inmigrantes no profesionales, incidiendo en la satisfacción vital, apoyo social, satisfacción laboral y sobrecarga de este cuidador.

1.3. La inmigración: su efecto en el contexto político, social, económico y sanitario en España y en Andalucía.

En los últimos años, casi todos los diferentes aspectos de la complejidad del fenómeno de la inmigración extranjera masiva en nuestro país vienen siendo objeto de estudio de política social y sanitaria. Y no sólo por su relevancia como fenómeno demográfico y económico, sino porque sus características han obligado a la sociedad a enfrentarse con una multitud de consecuencias socio-económicas y políticas derivadas de la diversidad que han introducido estos flujos de población esencialmente urbanos, convertido en receptores de un nuevo tipo de inmigración, es uno de los aspectos de mayor interés (Lavía, 2009).

La Ley de Inmigración española se aprobó en 1999 en el Congreso, y la actual Ley de Extranjería de España, en vigencia desde febrero del 2005, que ha sido objeto de varias modificaciones posteriores, es un texto que regula los derechos y deberes de los extranjeros en ese país y contiene principios que buscan favorecer la inmigración legal,

restringiendo al mínimo la entrada de extranjeros ilegales y ofreciendo oportunidades para normalizar su situación a los inmigrantes establecidos en territorio español en condiciones de irregularidad. Aunque estos avances en la materia jurídico - migratoria de España no están exentos de críticas (Ley 6/2005).

Por otro lado la capacidad del sistema sanitario para hacer frente a la llegada de los inmigrantes y a sus necesidades, es una preocupación importante de este fenómeno social. Se ha llevado a cabo una revisión exhaustiva de la literatura existente sobre el tema seleccionándose 85 estudios o trabajos originales de investigación que han evaluado la salud de los inmigrantes residentes en España y su utilización de los servicios sanitarios. Se han encontrado las siguientes diferencias significativas en la población inmigrante con respecto a la autóctona:

- a) La precariedad laboral y las condiciones de la vivienda podrían tener una influencia negativa en su salud (Sanz, Torres, y Schumacher 2000; Davidov & Stefan, 2011), la literatura internacional indica que la población inmigrante, es una población especialmente propensa a sufrir accidentes laborales y que las tasas de accidentalidad existentes en la población inmigrante son mayores, que en la población autóctona (Carballo, Divino y Zeric 1998; Shavit, Weisberg, Gal & Doron, 2009).

- b) Las principales dificultades en el acceso a ciertos servicios sanitarios serían el desconocimiento del sistema y el miedo por su situación de irregularidad (Salinas, et al., 2002; Salas, et al., 2003;).
- c) Los motivos de consulta y hospitalización se relacionan con el uso propio de una población joven, predominando la atención gineco-obstétrica de las mujeres sobre todo durante el proceso de maternidad (Cots, et al., 2002; Sanz, et al., 2000) y las visitas de medicina general en los hombres (patología digestiva, traumatismos, etc.) (Salazar, et al., 2003)
- d) Además del nivel socioeconómico, que es el determinante principal de la salud de los inmigrantes, se considera su nivel de integración en la sociedad receptora, así como el acceso servicios sanitarios, superación de barreras lingüísticas y culturales, condiciones y derechos laborales, entre otros, son factores que contribuyen a la salud de los inmigrantes (Robertson, Iglesias & Johansson, 2003; Micheal, Engstrom & Graham, 2011). Todo esto convierte a los inmigrantes en un colectivo extremadamente vulnerable, que compromete su salud.

Nuestro país y muy especialmente Andalucía; debido a su situación geográfica, es la frontera de Europa para las personas migrantes procedentes de África; por otro lado, los vínculos históricos y culturales

con los países latinoamericanos dan lugar a que sea uno de los destinos favoritos de los extranjeros de habla hispana. También es uno de los lugares preferidos por muchos europeos, dado el crecimiento económico experimentado en España en los últimos años que atrae a muchos ciudadanos del Este que acuden en busca de trabajo, así como destino para el disfrute de vacaciones y ante la cercana jubilación. Frente a esta cifra, el número de extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor se elevó a 5.268.764, (Indicadores Demográfico, 2013).

La significativa presencia europea no resulta llamativa, ya que Andalucía es un destino que ofrece una elevada calidad de vida y es un lugar de residencia de muchos extranjeros provenientes de Europa, sobre todo de países como Reino Unido, Italia, Francia y Alemania. Pero la primacía de la presencia europea se ha visto también reforzada con los procesos de ampliación de la Unión Europea, que han atraído inmigración económica y ha aumentado con la integración de nuevos miembros en el año 2004, de quince a veinticinco países, y en el año 2007, con la incorporación de Bulgaria y Rumanía, ha aumentado aún más ya que son zonas que muestran elevados niveles de emigración hacia Andalucía. En concreto, en las provincias de Córdoba, Granada, Huelva y Sevilla, la nacionalidad más representada es la rumana Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones (Boletín OPAM, 2013).

Por edades, los de 60 o más años suelen venir de países desarrollados, ya que los inmigrantes económicos suelen proceder de contextos menos desarrollados en busca de nuevas oportunidades laborales. De hecho, la práctica totalidad con edades comprendidas entre los 16 y 59 años —edades activas— han nacido en América Latina y África. No obstante, los que tienen entre 30 y 44 años son los más propensos a emigrar en cualquiera de los contextos analizados. En función de los niveles educativos, cabe destacar que la mayoría, de forma independiente a su lugar de nacimiento, posee estudios medios y superiores (Alesina y La Ferrara, 2005; Boletín OPAM, 2013).

Por tanto, existe un elevado nivel académico característico de los que vienen de países desarrollados, que disminuye en los nacidos en África y América Latina (Ferrer, 2010).

En concreto, el 89,8% y el 79,6% de los africanos y latinoamericanos, respectivamente, tienen estudios secundarios o inferiores, lo cual corrobora los tópicos asociados al menor nivel educativo de los inmigrantes económicos (Observatorio ARGOS, 2012).

Los niveles de actividad y ocupación experimentaron, en España y en Andalucía, un incremento muy significativo en la última década. Un crecimiento que se ve truncado a partir del año 2007, puesto que la crisis económica ha destruido millones de empleos, con el consiguiente reflejo

en los niveles de ocupación generales del año 2013. Según la Encuesta de Población Activa (EPA) de Septiembre de 2013 la tasa de paro es del 25,99% lo que supone 5.904.700, un récord de nuestra historia. Y se prevé que seguirá creciendo a corto plazo. A pesar de la tendencia, la tasa de actividad de los españoles subió cuatro centésimas el último trimestre de 2013 (EPA, 2013b).

Prácticamente todas las comunidades presentan aumento de la tasa de paro en el primer trimestre de 2013. Siendo Andalucía la que presenta la tasa más alta de toda España con del 36,87%. Se ha multiplicado por cinco el número de desempleados extranjeros, los cuales llegan a representar el 14,4% del total en Andalucía en el año 2013. Los principales sectores productivos donde han trabajado anteriormente los inmigrantes corresponden a: ganadería, agricultura, silvicultura y pesca (17,1%); construcción (16,3%), y hostelería (13,4%), (EPA, 2013a).

Concretamente el perfil del extranjero demandante de empleo como cuidadoras de personas dependientes en Málaga, corresponde con ser mujer el 94%, la media de edad es 39 años, tienen estudios secundarios el 58%, convive con su pareja e hijos en España el 40%. Son Latinoamericanos el 88% (sumando entre Argentina y Paraguay el 38% de las latinoamericanas), de los Países del Este el 10% y de Portugal el 2% (Rojano, et al., 2013).

Los principales motivos por los que se trasladan obedecen a la «calidad de vida» y a motivos laborales, ya sea por la falta de empleo o para buscar otro mejor. Es preciso destacar que la mayoría (56%) pagó para poder venir y un 17% no sólo pagó, sino que también quedó endeudada, al no contar con suficiente dinero para el viaje. La importancia de las redes sociales se deja notar en este proceso, ya que el 69,2% de los inmigrantes afirma poseer contactos en Andalucía antes de emigrar. La importancia de los conocidos, amigos y familiares, a la hora de encontrar un medio de vida se constata en este caso, ya que la práctica totalidad (84,6%) no tenía propuesta de trabajo cuando emigró. A esta falta de previsión, hay que añadir que los que tenían una propuesta laboral, en una proporción considerable (48,5%), era un compromiso verbal. Las redes sociales siguen siendo la principal vía de búsqueda de empleo para el resto de activos en Andalucía y España. En concreto, el 76,1% de los desempleados en España lo buscan a través de sus propias redes sociales (INSERSO, 2005). Es una característica que define a los procesos de búsqueda de empleo en países mediterráneos de la Unión Europea, como son los casos de Italia, Grecia y Portugal (Martínez y Prior, 2011).

Andalucía ha sido durante varias etapas de su historia una región de emigración y con la crisis económica lo vuelve a ser, crisis que acontece en toda España. Ahora, son nuestros jóvenes los que emigran, suelen tener el mismo perfil que los inmigrantes que vienen a nuestra comunidad, persona joven entre 20 a 39 años sin hijos, por motivos laborales, ya sea

por la falta de empleo o para buscar otro mejor (Moreno y Bruquetas, 2011).

En el último censo de inmigrantes en España (INE, 2013b), Andalucía aparece como la tercera comunidad con un mayor número de extranjeros residentes o con certificado de registro, con un total de 608.186, por detrás de Cataluña (1.053.293) y Madrid (838.976). Entre estos 608.186 inmigrantes, el 51% son provenientes de la Unión Europea, el 22% de África, el 18% de América del Sur, el 4% de Asia, el 3% del resto de Europa, un 1% son norteamericanos y sólo viven 270 extranjeros procedentes de Oceanía.

El turismo ha hecho que Málaga se sitúe como la provincia con un mayor número de inmigrantes, muy por encima de Almería y Sevilla. De los 68.004 inmigrantes procedentes de Reino Unido que hay en Andalucía, 40.697 están en la Costa del Sol. Lo mismo ocurre con los italianos, que la mitad de los que residen en Andalucía están en Málaga (10.577), ucranianos (5.996) y chinos (5.799), (Ayuntamiento Málaga, 2013).

En Andalucía se está creando un nuevo escenario legislativo, cuya política migratoria en el caso de los menores extranjeros, aún por definir, necesita de un sistema garantista y bien financiado de asistencia jurídica y de relaciones intergubernamentales. No obstante, en Andalucía se aprobó el I, II (Decreto 92/2006) y hay una proposición no de Ley

relativa al impulso III Plan Integral para la Inmigración en Andalucía (BOPA. 260/2013), que garantiza el acceso a los servicios de salud, así como, resoluciones de concesión de subvenciones para programas destinados al arraigo, la inserción y la promoción social de personas inmigrantes concedidas al amparo de la disposición adicional segunda de la Orden que se cita, Dirección general de coordinación de políticas migratorias (BOJA, 153/2010).

1.4 Mercado de trabajo y afiliación de personas inmigrantes y autóctonas.

1.4.1 Ocupación

El número total de personas activas se sitúa en 16.823.200 el tercer trimestre de 2013 (EPA, 2013c), con un incremento de 39.500 personas respecto al trimestre precedente. La tasa de variación trimestral del empleo es del 0,24%.

La población activa experimenta un descenso de 33.300 personas en el tercer trimestre de 2013 y se sitúa en 22.728.000. En términos anuales, la población activa se reduce en 370.400 personas.

La disminución del número de personas activas en este trimestre, confirma la tendencia general a la baja observada desde 2008.

La tasa de actividad sube cinco centésimas hasta el 59,59%. La tasa femenina se reduce 19 centésimas hasta el 53,13%, mientras que la de los hombres aumenta 31 centésimas y se sitúa en el 66,42%.

La tasa de actividad de los españoles sube cuatro centésimas este trimestre, hasta el 57,75%. La de los extranjeros sube tres décimas, situándose en el 73,98%. La diferencia entre ambas tasas supera los 16 puntos a favor de los extranjeros, circunstancia explicada, fundamentalmente, por la diferente estructura por edades de unos y otros.

La tasa de variación anual de personas activas en este trimestre es del -1,60%, ligeramente más baja que la del trimestre anterior (EPA, 2013b).

En comparativa anual, los hogares con todos sus miembros activos en paro crecen en 69.800, mientras que los que tienen a todos sus activos ocupados disminuyen en 228.500.

El incremento en el empleo se observa, fundamentalmente, entre los grupos de edad más jóvenes, hasta 29 años de edad (99.000 ocupados más). La ocupación también aumenta entre los mayores de 55 años (25.600 más). Por el contrario, entre las personas de 30 a 34 años, el número de ocupados disminuye en 54.300.

El número de ocupados aumenta este trimestre en el Sector Servicios en 123.900 personas. Por el contrario, desciende en la Agricultura en 55.000, en la Industria en 19.700 y en la Construcción en 9.700 (EPA, 2013^a).

El empleo a tiempo completo sube este trimestre en 207.700 personas, mientras que el número de ocupados a tiempo parcial disminuye en 168.200. El porcentaje de personas que trabaja a tiempo parcial desciende más de un punto, hasta el 15,37%.

El número total de trabajadores por cuenta propia se incrementa en 15.200 personas en el tercer trimestre de 2013 (EPA, 2013c). Los empleadores crecen en 20.300, mientras que las ayudas familiares disminuyen en 14.700.

El número de asalariados sube en 23.200. Los que tienen contrato indefinido bajan en 146.300 y los de contrato temporal aumentan en 169.500. La tasa de temporalidad sube más de un punto, hasta el 24,31%.

El empleo privado aumenta este trimestre en 52.000 personas, situándose en 13.992.600. Este incremento entre el tercer y el segundo

trimestre del año es el primero que se registra desde 2007. Por su parte, el empleo público disminuye en 12.600 personas.

El mayor incremento en la población de personas activas este trimestre se observa en Cataluña (19.700 más) y Canarias (17.900). Los descensos más acusados se dan en Andalucía (45.400 activos menos), Comunidad de Madrid (32.900) y País Vasco (16.600) (EPA, 2013b).

1.4.2 Desempleo y tasa de paro

El número de parados disminuye en 72.800 personas y alcanza la cifra de 5.904.700. La tasa de paro baja 0,28 centésimas hasta el 25,98%.

Las mayores bajadas de paro respecto al trimestre anterior se observan en Cataluña (32.500 parados menos), Illes Balears (25.100) y Comunitat Valenciana (22.600). Los mayores incrementos se producen en Canarias (22.000 parados más) y Comunidad de Madrid (10.900).

Por nacionalidad, el paro baja en 94.200 entre los españoles y sube en 21.400 entre los extranjeros. La tasa de paro de la población extranjera es del 36,82%, más de 12 puntos superior a la de las personas de nacionalidad española (24,20%).

En cuanto al género, el desempleo desciende en 68.700 en las mujeres y en 4.100 en los hombres. La tasa de paro femenina baja algo más de medio punto y se sitúa en el 26,55%, mientras que la masculina lo hace en ocho centésimas, hasta el 25,50%. Se mantiene la composición del paro observada desde el año 2008, con relativamente poca distancia entre las tasas masculina y femenina y mayor número de hombres en paro que mujeres (EPA, 2013c).

Sin embargo la movilidad de la población extranjera, pese a haber registrado también una ralentización debido a la crisis financiera, muestra un mayor dinamismo que en el caso de la población autóctona laboralmente activa. Se describe el perfil de la persona que se desplaza como un hombre, de una media de 30 años de edad, con estudios secundarios que ocupa puestos de trabajo que requieren escaso nivel formativo o cualificación, como la construcción, la agricultura o la hostelería. Los destinos preferentes para desarrollar estas categorías de trabajos se sitúan en Madrid, Toledo, Barcelona y la costa mediterránea (Observatorio de las Ocupaciones, 2013).

1.4.3. Las cuidadoras en el actual mercado de trabajo.

El 43% de las mujeres no pensionistas que no buscan empleo, afirman no buscarlo por el cuidado de niños, mayores dependientes u otros familiares, es el 4º porcentaje más alto en mujeres desempleadas de la Unión Europea tras Luxemburgo, Malta Y Chipre (Informe CES, 2012).

Nueve de cada diez personas cuidadoras declara cuidar todos o casi todos los días de la semana (Abellan, Esparza y Pérez, 2011).

El 58% de las mujeres dedica 8 horas o más diarias al cuidado de sus seres queridos, frente al 48% de los hombres. Por semana; el 60% de las mujeres y el 48% de los hombres cuidan 40 horas o más. Acumulan más años de cuidado, el 46% de las mujeres lleva más de 8 años cuidando, frente al 42% de los hombres (García, del Rio y Marcos, 2011).

La Disposición transitoria decimotercera del Decreto 20/2012, de 14 de julio. Con este decreto, la cobertura de la protección por dependencia no avanza hacia la universalidad, se recorta y da lugar a que de las 158.830 cuidadoras familiares (97% mujeres), han perdido la protección de seguridad social y solo quedan 18.518 cotizantes. La caída espectacular de 100.000 personas en espera se debe a la exclusión por el decreto 20/2012 de las personas con dependencia moderada, a la muerte de los que están esperando y al desanimo para solicitar ayuda de quienes ven este panorama.

Sea por disminución de ingresos o por aumento de los gastos derivados de cuidar, el 19% de las mujeres y el 14% de los hombres que cuidan a personas dependientes declararon tener problemas económicos

(García, 2004). Todo esto contribuye a la exclusión del mercado laboral de las cuidadoras.

A pesar de su aparente escasa valoración social, el trabajo no remunerado es fundamental para el desarrollo de las economías nacionales. Por ello, puede decirse que “la economía del cuidado sostiene la vida humana, ajusta las tensiones entre los diversos sectores de la economía y, como resultado, se constituye en la base del edificio económico. A pesar de su relevancia, debido a su invisibilidad, la distribución del trabajo no remunerado varía según grupos sociales y es generadora de intensas desigualdades entre la población, especialmente entre mujeres y hombres. Estas desigualdades se intensifican en los hogares en que existen especiales demandas de trabajo no remunerado, como las procedentes de las personas mayores dependientes (Informe CES, 2013).

El servicio domestico ocupa a 750.000 personas en España de las cuales el 95% son mujeres y el 60% inmigrantes. Ha sido la respuesta urgente de muchas familias al triple cambio producido por la incorporación al empleo de las mujeres autóctonas, los nuevos modelos de familias y el aumento de la longevidad y del número de personas en situación de dependencia (Pérez, 2007).

La búsqueda de empleo en el país receptor se realiza en el caso de las personas extranjeras, a través de sus propios contactos como fuente principal de acceso a un proceso de selección a un puesto de trabajo y a la promoción laboral. Incluido dentro de la categoría de red de contactos o grupos de ayuda informal, cabe destacar aquellos cuyo punto de unión es la relación establecida con las personas de su mismo país de origen, otras que también hayan desarrollados procesos de migración internacional y en tercer lugar personas de su misma comunidad religiosa. Dentro de la categoría de red de contactos o grupos de ayuda informal, se encuadrarían además aquellos en los que el acceso al primer empleo se ha efectuado a través de la contratación en origen (exceptuando aquellos casos que se gestionaban dentro del sector agrícola), debido a que dicho contacto en ocasiones para la búsqueda y facilitación de la tramitación de la oferta nominativa de empleo en origen es catalizada por algún familiar o persona cercana a su entorno en origen (Van, et al., 2007).

El cuidador inmigrante que en algunas ocasiones, como demuestra (Catarino, 2000) puede sufrir una cierta discriminación. Este hecho se agudiza más en las cuidadoras recién llegadas e irregulares, muy utilizadas en el servicio domestico ya que permite al contratador, ahorrarse durante un año la seguridad social del empleado, mientras consigue su permiso de trabajo y cuando lo consigue muchas veces acaba la relación laboral.

Las inmigrantes más valoradas son las filipinas por su sumisión y catolicismo. Las inmigrantes procedentes del sur y centro de América (incluido Méjico) son preferidas para el cuidado de ancianos supuestamente por su carácter dulce, si bien algunas como las dominicanas (al igual que las procedentes de África) resienten, en ocasiones actitudes racistas. La religión, la cultura dispar y la marginación de la comunidad, aparta a la mujer marroquí del trabajo domestico remunerado (Gallart, 2007).

Capítulo 2

La relación de la enfermería con la cultura del cuidado y la diversidad cultural.

Contenido.

1. Teoría de la cultura del cuidado y la enfermería.
2. Los profesionales sanitarios: enfermeras ante la diversidad cultural y el cuidado.

2.1. Teoría de la cultura del cuidado y la enfermería.

Descubrir la cultura en los cuidados da una comprensión nueva a la profesión enfermera y descubre una manera original de edificar continuamente la ciencia del cuidar. Los cuidados culturales permiten apreciar los componentes fundamentales del cuidado humano, a partir de una perspectiva transcultural. El cuidado es un fenómeno que puede estudiarse, es la base de la reflexión enfermera.

Para Leininger (1991) cuidar es la esencia de los cuidados enfermeros, es el concepto unificador y dominante de la disciplina, es decir la primera orientación, que necesita investigarse de manera sistemática, a fondo, viendo cómo explicar, como predecir y como dar una dirección a la práctica de los cuidados enfermeros. El concepto de cultura viene de la antropología, y el de cuidado de la enfermería para ser unidos en un marco mayor. Los conceptos de cultura y cuidado están íntimamente relacionados al establecer la filosofía, naturaleza y esencia de la de la enfermería transcultural, como un nuevo cuerpo de conocimientos y acción en la enfermería.

Los cuidados son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia, y también para afrontar la discapacidades o la muerte. Toda cultura humana (local, popular o indígena) cuenta con prácticas y conocimientos asistenciales genéricos, normalmente con una

dimensión profesional, que varía con respecto a las otras culturas (Park, Bhuyan, Richards & Rundle, 2011). Una asistencia de enfermería coherente desde el punto de vista cultural se produce cuando la persona, el grupo, la familia, la comunidad o los valores, expresiones y modelos de cuidados culturales son conocidos y utilizados de manera adecuada por el profesional de enfermería. Los cuidados de enfermería beneficiosos, saludables y que cubren las necesidades culturales contribuyen al bienestar de las personas, las familias, los grupos y las comunidades de una cultura. Según Leininger (2007) las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás. La cultura determina los patrones y estilos de vida que tiene influencia en las decisiones de las personas, esta teoría ayuda a la enfermera a descubrir y documentar el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista étnicos, sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una ética apropiada (conocimiento profesional) como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.

Para aprender a utilizar el conocimiento y poder asistir, ayudar, sostener o habilitar a los diferentes grupos culturales, la elaboración de conceptos y la investigación son indispensables. Y esta reflexión nos lleva a un concepto particularmente importante en esta teoría, el de los cuidados culturales que: «Se refieren a los valores, a las creencias y a los modos de vida que se han aprendido subjetiva u objetivamente y que asisten, sostienen, facilitan o habilitan a otros individuos o grupos a

conservar el bienestar y la salud con el fin de avanzar en su condición humana y en el modo de vida, o de afrontar la enfermedad, o las incapacidades, o la muerte» (Leininger, 1991, p 46). De acuerdo con esta teoría, la práctica de la enfermería comprende los conocimientos de los cuidados populares o genéricos, así como los conocimientos que se adquieren durante la formación científica de base. La reunión de estos conocimientos, diferentes entre ellos, conduce a las decisiones y a las acciones de los cuidados enfermeros.

Para Moreno, (2006), los conocimientos son también necesarios para poder describir, documentar y explicar lo que es cuidar y para que este conocimiento conduzca también a la práctica de los cuidados enfermeros. El método de los etnocuidados está centrado sobre las gentes y no sobre el investigador y forma parte de la metodología cualitativa que necesita cualidades personales como el ser abierto para participar a la vida de un grupo desconocido y observar y describir las experiencias diarias cotidianas que se viven respecto al cuidado humano, logrando que el significado surja del grupo y tomando en cuenta que el observador es parte de la observación lo cual modifica la situación observada (Amezcu, 2002; Siles, 2001).

Otros conceptos a tener en cuenta son: la imposición cultural y etnocentrismo se refiere a la tendencia de imponer los propios valores, creencias y prácticas etnocéntricas a otra persona o grupo, limitando su

libertad y respeto al ser humano (Leininger, 2002). La imposición cultural está íntimamente relacionada con el etnocentrismo, porque con frecuencia el etnocentrismo conduce a la imposición cultural. Conceptos importantes que conciernen a las enfermeras, suelen conducir a choques, daños y conflictos culturales entre clientes y enfermeras (Lipson, 2000; Ibarra, 2006; Romero, 2009).

2.2. Los profesionales sanitarios: enfermeras ante la diversidad cultural y el cuidado.

Actualmente, ante la gran movilidad geográfica a la que asisten las distintas sociedades, se hace necesario un mayor conocimiento de las semejanzas y diferencias culturales de dichos grupos étnicos por parte de las organizaciones y los programas sanitarios, así como reconocer la necesidad de preparar a los profesionales (Park, et al., 2011) en conocimientos, habilidades y recursos esenciales para la provisión de cuidados competentes y culturalmente sensibles. Por lo tanto, las enfermeras tenemos la obligación de proporcionar y promover el cuidado que es apropiado y congruente a los valores culturales, creencias y prácticas de los individuos, familias y grupos (Moreno, 2005).

Lillo (2006, p. 90) define la competencia cultural de la siguiente forma: "...se trata de una capacidad, que forma parte del continuum de los cuidados, que es inherente a la práctica enfermera, que implica una mirada antropológica, de carácter cualitativo, que subyace de la

perspectiva holística e implica un análisis enfermero específico... y que por tanto estará relacionada con la práctica clínica, la comunicación, la ética profesional e investigadora, la investigación en cuidados, la formación y docencia enfermera, la gestión". Esta práctica enfermera ayuda a mejorar el cuidado de pacientes culturalmente distintos, favoreciendo el buen funcionamiento de los sistemas sanitarios, mejorando la satisfacción del paciente y gradualmente llegar a cambios en la práctica de cuidar con los pacientes de otros grupos culturales. Existe una gran difusión en EEUU ante una gran necesidad y tradición en cuanto a movimientos migratorios, lo que da lugar a formación universitaria, sociedades científicas, centros e institutos de investigación gubernamentales y universitarios, premios estatales, etc. En España estamos todavía empezando ante la gran diversidad cultural actual, de los últimos diez años. En algunas universidades españolas, en la Titulación de enfermería se están introduciendo como asignatura optativa o de libre configuración contenidos que relacionan Enfermería y cultura, predominando el enfoque antropológico y culturalista e incidiendo escasamente en capacitar a los nuevos profesionales de herramientas para afrontar la comunicación intercultural. Algunas de las subdisciplinas que la profesión enfermera ha comenzado a emplear hace unos años, desde la perspectiva de la Enfermería y que hacen referencia a los cuidados culturales son: la Enfermería Transcultural, los Cuidados Globales de Enfermería y la Enfermería Antropológica, cuyos objetivos principales se centran en asegurarse de que las necesidades en cuidados culturales de la sociedad global sean tratadas por profesionales de los cuidados culturalmente

competentes o que ejerzan la competencia cultural aplicada a los cuidados. La enfermería transcultural, es la enfermería holística y armonizadora, es el objetivo a alcanzar en una sociedad plural, para ello se debe profundizar en el conocimiento de esa comunidad plural (Lillo, 2006; Romero, 2009).

Según Collière (1993) al paciente no se le considera como un objeto portador de tal o cual enfermedad, sino que constituye la propia finalidad de los cuidados, que no toman sentido si no es a partir de él y de lo que representa en su entorno social y familiar. El valor esencial del cuidado es aquél que sitúa al paciente como la razón de ser de la práctica profesional, como la referencia, el punto de partida y de llegada de los cuidados.

Capítulo 3
**Cuidadoras informales
autóctonas y cuidadoras
formales inmigrantes de
personas mayores.**

Contenido.

1. El mayor dependiente, su cuidador informal y formal.
2. Relaciones de las cuidadoras y pacientes, análisis desde la perspectiva de género.
3. Diversidad cultural, su influencia en las desigualdades sociales en salud.
4. Los conceptos de sobrecarga del cuidador, apoyo social, satisfacción laboral y satisfacción vital.
5. Estrategias para superar los efectos negativos en el cuidador.

3.1 El mayor dependiente, su cuidador informal y formal.

En 2050, el mundo contará con 2000 millones de personas mayores de 60 años, de las cuales cerca de un 85% vivirá en los actuales países en desarrollo, sobre todo en zonas urbanas. Contrariamente a lo ocurrido en los actuales países ricos, los países de ingresos bajos y medios están envejeciendo con rapidez antes de haberse convertido en ricos, lo cual plantea más problemas (OMS, 2012). España será en 2050 el segundo Estado más envejecido del mundo por detrás de Japón (con un 41,5% de la población por encima de los 60 años), Bosnia-Herzegovina (40,4%), Portugal (40,4%), Cuba (39,2%), Corea del Sur (38,9%) e Italia (38,4%), (Raftery, 2012; OMS, 2012).

En la actualidad, el padrón de enero de 2013 estima que somos 47.059.533 y es la primera vez que desciende la población (-0,4%) respecto al año anterior (Indicadores demográficos, 2013), debido fundamentalmente a la marcha de extranjeros:

- a) 41.539.400 tienen nacionalidad española (88,3%). El número neto de españoles empadronados experimenta un aumento de 10.337 personas (+0,02%).
- b) 5.520.133 son extranjeros (11,7%). El número neto de extranjeros desciende en 216.125 (-3,8%).

De cara al futuro, se va a producir una pérdida progresiva de habitantes. Así en 2022 seríamos 45,1 millones de habitantes (un 2,5% menos que en 2012) y en 2052 la población se cifraría en 41,6 millones (un 10,0% menos que en la actualidad), (INE, 2013b).

Actualmente el envejecimiento de la población en España está siendo constatado por numerosos estudios (Causapié, Balbotin y Porras, 2011; Indicadores Demográficos, 2013), de mantenerse los ritmos actuales de reducción de la incidencia de la mortalidad por edad sobre la población de España, la esperanza de vida al nacimiento alcanzaría los 84,3 años en los varones y los 89,9 años en las mujeres en 2048, incrementándose desde 2007 en 6,5 y 5,8 años, respectivamente.

Concretamente, el grupo de edad de mayores de 64 años se duplicaría en tamaño y pasaría a constituir el 31,9% de la población total de España. Con ello, por cada 10 personas en edad de trabajar, en 2050 residirían en España casi nueve personas potencialmente inactivas (menor de 16 años o mayor de 64). La reducción del número de activos y el aumento de ancianos hará peligrar la financiación de las pensiones pues aumentará la tasa de dependencia. Es decir, la tasa de dependencia se elevaría hasta el 89,6%, desde el 47,8% actual (Causapié, et, al., 2011).

Las Causas del envejecimiento depende más del descenso de la natalidad que del aumento de la esperanza de vida, pero también influyen

los procesos migratorios (emigran los jóvenes). Como consecuencia aumentan los gastos públicos (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012) que cuestionarán la continuidad del estado de bienestar:

1. Aumento del gasto médico: estancias hospitalarias, recetas, visitas, etc.
2. Multiplicación de las necesidades en zonas envejecidas y poco pobladas, por ser éstas donde más ancianos existen.
3. Necesidad de mayor número de residencias para la tercera edad y actividades de Entretenimiento

El aumento continuado de la Esperanza de Vida (EV) gracias a la espectacular disminución de la mortalidad en los últimos decenios, principalmente en los países más desarrollados, tiene importantes consecuencias sanitarias y sociales, como son el aumento relativo de las personas de más avanzada edad y el predominio de las enfermedades crónicas y la incapacidad en el patrón de morbilidad. En este contexto, los indicadores de salud clásicos, basados exclusivamente en la mortalidad, se han mostrado insuficientes para describir la evolución del estado de salud de la población en los países desarrollados (INSERSO, 2010). Ya que los años vividos por un individuo, no son todos en un estado de perfecta salud.

Las enfermedades crónicas y la discapacidad son más prevalentes a edades avanzadas, por lo que la salud de una población, a pesar de la creciente EV, puede no ser mayor. De hecho, una de las principales cuestiones que se plantean ante el envejecimiento progresivo de la población es si los años de vida ganados serán, años vividos sin discapacidad (o en buena salud). Para ello es necesario utilizar indicadores de salud que tengan en cuenta no sólo la experiencia de mortalidad de una población, sino también la experiencia de morbilidad o incapacidad. La Esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI), o más genéricamente los indicadores de la esperanza de vida en buena salud (EVBS, 2007; Scheffer, 2003). La EVBS es un indicador adecuado para controlar la salud de la población general. La EVLI, basada en el concepto de discapacidad, es más indicada para evaluar los objetivos relacionados con el envejecimiento y la situación de salud de las personas mayores (Gispert, Puig, Puigdefàbregas, Tresserras & Busquets, 2003).

El indicador europeo calculado por Eurostat, 2013, "Años de vida saludable" (Healthy life Years: HLY) se ha basado en la discapacidad percibida por la población europea, según el Panel de Hogares de la Unión Europea (ECHP European Community Household Panel). En el futuro, la nueva Encuesta de Ingresos y Condiciones de vida (SILC Survey of Income and Living Conditions), que sustituye al Panel y que incluye información sobre discapacidad, morbilidad y salud percibida, hará posible nuevas estimaciones del indicador.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, en el informe de Salud que publicó en 2013, afirma que en España la Esperanza de Vida Libre de Incapacidad (EVLI) al nacer fue de 70,7 años en el 2000 (69,0 en hombres y 72,4 en mujeres), presentando importantes diferencias con la esperanza de vida (EVLI, 2013) en general. Esa diferencia con la esperanza de vida es precisamente lo que quiere reflejar la expectativa de incapacidad: el promedio del número de años, que se espera sean vividos en incapacidad. Con el aumento de la edad, la EVLI disminuye y las diferencias de género también. La EVLI a los 65 años es para los varones de 11,7 y para las mujeres de 12,6; es decir, para las personas de 65 años, ya sean hombres o mujeres, el buen estado de salud se incrementará sólo 12 años más, por lo que los varones tendrían una expectativa de vivir cinco años con discapacidad, mientras que las mujeres vivirían 8,1 en la misma situación.

En Andalucía, en el 57% de los domicilios existe, al menos, una persona que necesita cuidados. En España más de cinco millones de personas presentan algún tipo de discapacidad, de las que casi dos millones tienen más de 65 años, siendo Andalucía la segunda comunidad autónoma en números absolutos. Este tipo de personas además, es la que más utiliza los servicios sociales y sanitarios disponibles. Sirva como ejemplo que en 1999, el 48,84% de estancias hospitalarias en nuestro país, correspondían a personas mayores de 65 años (Rodríguez y Valcarce, 2004; Morilla, Martín, Morales y Gonzalo, 2005).

Estos cuidados están siendo realizados, tanto en Andalucía como en toda España, en su mayor parte por los familiares de las personas dependientes, son las mujeres, las personas encargadas en el 84% de los casos del cuidado. Estos cuidados proporcionados en el ámbito familiar se denominan cuidado informal (INSERSO, 2011).

El cuidado informal se define como la prestación de cuidados a personas dependientes, por parte de los familiares u otras personas, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen y sin que exista entre ellos, una organización explícita. Esta ayuda representa el 93% del cuidado prestado en España a las personas mayores dependientes (Zabalegui y Juando, 2.004).

La ayuda formal, según el libro blanco de la dependencia 2005, es aquella que se realiza pagando una retribución económica al cuidador que la realiza. Puede ser directa o privada o bien indirecta por mutuas o el estado. Según estos autores, los recursos que existen para atender a las personas mayores a domicilio son por un lado los servicios de salud como el Servicio de Atención Domiciliaria (SAD), la atención hospitalaria, ambulatoria y urgente y la asistencia a través del hospital de día. Y por el otro lado también existen recursos de los servicios sociales con residencias, centros de día, servicios de atención domiciliar social, clubes

de pensionistas (recreativos, ocupacionales o de asesoramiento) y aportaciones económicas.

En este sentido, de atención a las situaciones de dependencia, debemos destacar, el retroceso que ha supuesto el año 2012, respecto a la capacidad protectora del sistema desde que en 2006 la Ley de Promoción de la autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia definiera sus bases. En el mes de julio por decreto 20/2012, se puso fin a la cotización social para las personas que cuidan a familiares, reduciendo en un 15% las pagas a familiares, estamos ante un futuro incierto del sistema y posible merma de la calidad de los servicios, poniendo en riesgo la insipiente red de centros y servicios.

Los servicios sanitarios y sociales están prestados por el estado, ayuntamiento, organizaciones no gubernamentales (ONG) y empresas privadas. La cobertura sanitaria es prácticamente un 60% pública y un 40% privada (Rodriguez y Valcarce, 2004).

Atendiendo al grado de formación, existe otra clasificación de las cuidadoras formales. Cuidadores profesionales formales son aquellos que disponen de una formación académica y cuidadores no profesionales formales aquellos que no tienen formación académica (Wino, Strauss, Nordberg, Sassi & Johansson, 2002).

Las cuidadoras remuneradas económicamente pueden representar hasta el 18% del total de cuidadoras. Cuidadora, que en muchos casos, no es profesional al no disponer de formación, existe un gran déficit de profesionalización y por consiguiente una baja remuneración en el cuidado domiciliario de las personas mayores dependientes, que afecta a todas las categorías profesionales, pero especialmente a la cuidadora a domicilio de personas dependientes (Zabalegui, 2007).

El cuidador informal (familiar) tiene parte en común con el cuidador formal no profesional (persona que cuida a otra persona con remuneración económica); por ejemplo en la parte económica (cuando el cuidador informal cobra la pensión o la herencia), en la falta de formación (por parte de ambas clases de cuidadores), (Moreno-Gaviño, 2008) y en algunos aspectos de la relación interpersonal que se produce entre persona cuidada y cuidador. La relación a veces será tan forzada como la del familiar, que para cobrar la herencia o la paga, se ve obligado a cuidar al anciano.

La extensión y cobertura de servicios, tanto en el ámbito sanitario y sobre todo en el social, todavía es baja comparada con otros países. Además, nuestro modelo de atención domiciliaria basado básicamente en la familia difícilmente será sostenible en el tiempo debido a: la incorporación de la mujer al mercado laboral, la preferencia de las

personas mayores a ser cuidadas en su domicilio y la priorización de los cuidados de las personas en la comunidad como tendencia en política social (Contel, 2005). Es evidente la alta necesidad de cuidados en esta población, por ejemplo el número de horas que las cuidadoras dedican al cuidado de pacientes incapacitados al año es de 2.169.792 para una población mayor de 65 años y de 1.171.494 en Andalucía, según los datos del Observatorio ARGOS, 2012. Ello implicaría el aumento, observado, de cuidadoras formales ajenas a la familia. Este trabajo está siendo realizado en nuestra comunidad cada vez más por personas inmigrantes.

3.2. Relaciones de las cuidadoras y pacientes, análisis desde la perspectiva de género.

El cuidado realizado en el domicilio, se ve fuertemente modulado por las cuestiones de género y generación, así como por la etnia (Roca y Capará, 2001). El género es la construcción sociocultural de la identidad de mujeres y hombres en un contexto social determinado, así pues, es modificable en función de costumbres, creencias y del momento histórico, político, religioso y social. Hay un claro sesgo de género en el cuidado informal: los cuidadores/as familiares y profesionales son mayoritariamente mujeres de momento, así como también la gran mayoría de receptores del cuidado son mujeres en el caso de las personas ancianas (Tesch-Römer, 2001). Existe una construcción social del rol de cuidador ligado al género femenino, basado en las creencias tradicionales acerca de las funciones protectoras de la familia y sobre todo de las mujeres, como

proveedoras naturales de los cuidados. Ello condiciona la construcción de la identidad y subjetividad en referencia al cuidado y su responsabilidad según el género. Cuidan por una especie de imperativo social, que no suele percibirse como tal, por la interiorización que se tiene de la cuestión y así se transmiten los valores a los más jóvenes de la familia. El desarrollo del cuidado le puede conllevar a la mujer conflictos futuros en la competencia de roles (García J, 2004), conflictos que no se presentan en igual intensidad en el caso de los hombres. El género condiciona la experiencia de ser cuidadora informal y que este también puede provocar diferencias en impacto e intensidad, sobre la salud y el bienestar del cuidador o cuidadora.

El cuidado recae, mayoritariamente, sobre las mujeres, representando el 84% del universo del cuidador. Hablamos pues, principalmente de cuidadores, cuyo perfil predominante es el de una mujer de mediana edad, en torno a los 53 años, que realiza labores de ama de casa, normalmente casada y que además del cuidado de su familia, se encuentra con la responsabilidad principal de la atención a una persona mayor que presenta, mayoritariamente, una dependencia importante y con la que tiene una relación de hija (50%), esposa o compañera (12%). Sin embargo, el colectivo de cuidadores está compuesto también por un variado número de personas de muy diferente perfil. Se trata de un colectivo heterogéneo y en el que, por supuesto, existen varones que también desempeñan estas tareas (Palenga-Möllenbeck, 2013).

Buena parte de la investigación gerontológica (Bhatt & Roberts, 2012; Micheal, et al., 2011) se ha centrado en el análisis de esa gran mayoría femenina, que conforma el colectivo de cuidadores, de manera que sólo en un número reducido de estos estudios, se consideran objeto de análisis las características específicas de los cuidadores varones y las posibles diferencias que el factor género, pudiera producir en el desempeño del cuidado. El desconocimiento y la escasez de resultados con una perspectiva de género, puede estar introduciendo algunos sesgos, a la hora de planificar intervenciones en la calidad de vida de la persona cuidadora; intervenciones que no siempre tienen en cuenta las circunstancias específicas del cuidador, cuando se trata de un hombre.

Está constatado (INSERSO. 2008), se encuentran diferencias que se manifiestan, principalmente, en el apoyo social disponible y en las autopercepción que tienen los cuidadores y cuidadoras, de la propia situación de cuidados; percepción que, junto a otras variables, influye en el proceso generador de estrés y de forma muy importante, en el estado de salud y su calidad de vida. Algunas de estas circunstancias, no siempre se pueden atribuir exclusivamente al género, por ejemplo: el hecho de que las mujeres atiendan a personas de mayor edad y con niveles más severos de dependencia, genera situaciones estresantes, que a su vez, favorecen la aparición de mayores problemas emocionales.

La generación a la que pertenecen los cuidadores de personas ancianas dependientes, puede influir sobre el tipo de cuidado ofertado. La percepción del cuidado realizado y sus efectos son diferentes si son las esposas, esposos o hijos e hijas de la persona a cuidar, las inquietudes y percepciones de cómo afecta el cuidado en sus vidas, puede variar de un generación a otra (Bover, 2006).

Uno de los aspectos fundamentales desde una óptica feminista es constatar la dedicación de tiempo a la tarea de cuidado. En algunos casos, dependiendo de la situación de salud de la persona cuidada, puede ir desde unas horas a todo el día, pues hasta el descanso nocturno se ve limitado (Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

Según (Martín, 2010) el 85% cuidan todos los días (frecuencia del cuidado) y la duración de la atención es superior a 5 horas en el 53% de los casos. Parece evidente que esta dedicación resta igualdad de oportunidades a las mujeres que cuidan, ya sea de trabajo, de promoción o mejora laboral o de participación social.

La larga duración de la atención y la falta de ayuda de otras personas (el 75% son cuidadoras permanentes y la mayoría únicos) puede conducir a situaciones de estrés, pérdida de salud e insatisfacción. Las dorsalgias y lumbalgias de repetición y el malestar psíquico son las

consecuencias principales derivadas de un estudio, en un área de salud de Cantabria (Maza, 2013).

Muchas cuidadoras de enfermos crónicos se ven desbordadas por la situación y no siempre cuentan con los apoyos socio-sanitarios precisos para desarrollar su papel con eficacia y sin deterioro de su propia salud y calidad de vida (Caqueo-Urizar, et al., 2013).

Al rol de "cuidadora" que se caracteriza por una limitación de intereses se añade, frecuentemente, el de "ama de casa" y esta suma de funciones es una mezcla explosiva que implica sensación de desesperanza, aislamiento y que puede conducir al denominado síndrome del cuidador quemado (Vaquiro & Stieповich, 2010).

El estrés del cuidador se ve incrementado cuando la persona cuidada padece trastornos del sueño, comportamiento difícil (agresivo, antisocial, lenguaje soez) e incontinencia. Esto último afecta particularmente a la situación emocional de las personas que cuidan. La salud y el bienestar de las mujeres cuidadoras se deterioran en la mayoría de los casos, particularmente en aquellos en que ellas mismas son ancianas o tienen que atender a otros (niños) y/o una actividad laboral externa (Borrell, Garcia y Martí, 2004).

Otras consecuencias del cuidado, desde un punto de vista de género, son las repercusiones económicas, que se plasman en un empobrecimiento relativo de las mujeres y sus familias, cuestión que se agudiza ante la falta de apoyos de las administraciones públicas y la insuficiente repercusión que esto tiene en la fiscalidad.

El gran impacto que las situaciones de dependencia están adquiriendo y el gran peso de la tradición cultural, están dificultando que la división del trabajo de cuidar sea justa y equitativa entre los sexos. Se contempla un reparto de trabajo tan desigual o más que el cuidado de los niños o la realización de las tareas del hogar.

Los varones, a diferencia de las mujeres, se ocupan del cuidado del cónyuge sólo cuando las mujeres no pueden desempeñarlo, y por eso se trata del subgrupo de más edad entre los cuidadores y presentan características diferentes respecto de las cuidadoras.

Además, los hombres que adoptan el papel de cuidador tienen que luchar, en muchas ocasiones, contra el estereotipo femenino que existe sobre los cuidadores. Según estos estereotipos las mujeres desempeñan el rol de cuidadoras de manera «natural», mientras que los hombres tienen que hacer «grandes esfuerzos» para ser cuidadores. Y más allá del asunto concreto del cuidado, en nuestra sociedad se espera que los hombres sean quienes mantengan la casa trayendo el dinero necesario y las mujeres

quienes se encarguen de las labores no remuneradas del hogar. De hecho, los cuidadores llegan a ser descritos como personas de gran coraje y «diferentes» de lo concordante con el papel que se esperaría de ellos, son de esta manera considerados como valientes, a la vez que poco normales al cruzar la frontera que separa a los hombres de las mujeres según el estereotipo dominante (Losada, et al., 2006).

Los hombres mayores (Baster, 2012) que cuidan a sus mujeres tienen que aprender a llevar a cabo nuevas tareas en el hogar (planchar, lavar, coser, cocinar, etc.), pero gran parte de ellos se van adaptando sin demasiados problemas a las tareas que tradicionalmente, se consideran «típicas de mujeres». Más allá del estereotipo de hombre cuidador, existe una rica diversidad en función de la procedencia cultural, la historia familiar, la clase social a la que se pertenezca, el momento histórico en el que se nació y en el que se ha vivido, la educación recibida, las creencias religiosas, las interacciones con otras personas, la relación previa con la persona cuidada, etc. (Thompson, 2002). Probablemente no es igual un esposo mayor que atiende a su mujer, que un hijo de mediana edad que atiende a uno de sus padres, ni tampoco un hombre que tiene que compatibilizar trabajo fuera de casa y cuidados, que quien está sin empleo remunerado, ni un cuidador de un entorno rural, que otro de un entorno urbano. Puede, por tanto, haber diferencias no sólo entre cuidadores y cuidadoras, sino entre distintos tipos de hombres cuidadores, al igual que sucede en las mujeres cuidadoras.

Los efectos del estrés que supone cuidar a un ser querido, se relacionan con la cantidad de demandas a las que tienen que hacer frente los cuidadores. En este sentido, cabe señalar que frecuentemente se ha mantenido una visión de los varones cuidadores, donde a diferencia de las mujeres cuidadoras, hacen menos cosas y las tareas que desempeñan son menos exigentes. Los hombres, según este punto de vista, tienden a realizar menos tareas diarias altamente demandantes -tales como limpiar, cocinar o atender el cuidado personal del familiar- y, a medida que avanza la enfermedad y las necesidades de cuidado, se intensifican tienden a abandonar su rol de cuidador (Yee & Schulz, 2000).

Según Pinguart & Sörensen (2006) encuentra que las mujeres dedican más horas a la semana a cuidar del familiar y se ocupan de más tareas del cuidado, especialmente de tareas de cuidado personal del ser querido (tales como vestir, bañar, y otras tareas de higiene personal), e incluso cuidan de un familiar con más problemas conductuales que los varones, pero sorprendentemente no hay diferencias en el desempeño de las tareas del hogar, de asuntos financieros, de mantenimiento de la casa e incluso del transporte del ser querido entre ambos sexos. En este mismo sentido, no parece haber diferencias tampoco en la cantidad de problemas cognitivos (Pinguart, et al., 2006), ni en la cantidad de problemas funcionales (Miller & Cafasso, 1992; Pinguart, et al., 2006) de las personas a las que cuidan hombres y mujeres; y presumiblemente cuanto mayor

fuesen estos problemas, mayor sería la cantidad de tareas para las que necesitarían ayuda y supervisión por parte de sus cuidadores.

Por otro lado, las mujeres, especialmente aquellas que trabajan fuera del hogar, tienden a experimentar un mayor conflicto de roles que los hombres porque tienden a ocupar el rol de cuidador principal, mientras que los hombres, especialmente los hijos, tienden a ocupar el rol de cuidador secundario. En este sentido las mujeres cuidadoras se encuentran más distraídas en el trabajo, rinden menos y les resulta más difícil compaginar trabajo y familia. Tanto que tienen un mayor riesgo de abandonar el trabajo para dedicarse enteramente a ser cuidadoras (Yee, et al., 2000).

En cuanto a los recursos disponibles, la mayoría de la literatura gerontológica tiende a pensar que los varones solicitan con mayor facilidad que las mujeres, la intervención de ayudas formales, es decir, aquellos servicios destinados a suplir temporal o parcialmente las tareas de los cuidadores, como por ejemplo: la ayuda a domicilio, los centros de día o las estancias temporales en residencia. Así mismo, en el caso del apoyo informal (familiares, amigos, vecinos, u otras personas que ayudan al cuidador de manera desinteresada) se tiende a pensar que los varones no sólo lo reciben generalmente con agrado, sino que son más susceptibles de recibirlo, pues la sociedad parece más proclive a ayudar a un cuidador que a una cuidadora (Yee, et al., 2000). Los varones serían según esta

visión tradicional más susceptibles de recibir ayuda formal e informal en su labor, lo que les permitiría, por un lado, un mejor mantenimiento de las actividades de cuidado y, por otro, el poder hacer un mayor esfuerzo para salvaguardar otras actividades distintas de las de cuidar.

Esta mayor disponibilidad de recursos (tanto formales como informales) por parte de los cuidadores podría ser una variable moderadora que explicase el hecho de que los hombres experimenten menos problemas emocionales y de salud que las mujeres, pero lo cierto es que varios autores (Pinquart, et al., 2006) demuestran que no hay diferencias entre cuidadores y cuidadoras en el apoyo formal e informal que reciben. De hecho, Neufeld & Kushner (2009) reconocen que los varones no necesariamente buscan recursos externos, que les sustituyan en el cuidado de sus seres queridos, y que también a ellos, les resulta difícil recurrir a este tipo de ayudas.

Como moderadoras de los efectos del cuidado, las distintas estrategias de afrontamiento puestas en marcha por hombres y mujeres cuidadores. Así las cuidadoras se perciben con menos dominio y control de la situación que los hombres y con una mayor probabilidad de utilización de estrategias de afrontamiento menos efectivas ante los estresores del cuidado, como por ejemplo evitar o escapar de las dificultades que se presentan (Del Rio, et al., 2013; Holtzman, et al., 2011). En este sentido, una importante diferencia entre cuidadores y cuidadoras estriba en el

hecho de que los hombres tienden a desempeñar su rol como un «trabajo», viendo las necesidades, los recursos disponibles y cómo organizar las distintas tareas de la manera más eficaz. De alguna manera se considera que los cuidadores desempeñan su rol de una manera profesional, tratando de controlar y organizar los distintos elementos necesarios para cuidar a sus seres queridos.

El género explica tan sólo un 4% de las diferencias en sobrecarga, según diferentes estudios (Cyril, 1991; Grbich, 1994; Miller, 1996). Así pues parece que hay otros factores distintos del género que contribuyen a explicar estas diferencias. Además no se debe olvidar, tal y como señalan Yee & Schulz (2000), que la mayoría de los estudios que encuentran diferencias de género en problemas emocionales son transversales y que por tanto no está claro el efecto que el cuidado tiene a lo largo del tiempo sobre esta problemática.

Existen diferencias de salud física, Vitaliano, Zhang & Scanlan (2003) sugieren que éstas no se deben a aspectos específicos del cuidado, sino a que las cuidadoras son más conscientes de sus problemas y así lo indican en las medidas de autoinforme. Por ello, las cuidadoras de su estudio muestran una peor salud física, que los cuidadores en la salud percibida, pero no en las medidas cardiovasculares, hormonales y metabólicas.

En un sentido aún más amplio Lutzky & Knight (1994), señalan que los hombres son más resistentes a reconocer el estrés que padecen o incluso a ser conscientes de él, cuando se utilizan medidas de autoinforme. Por tanto, sería el tipo de medida utilizada lo que favorece que se encuentren diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Además, debemos tener en cuenta, que no hay sociedad en que la mujer sea tratada igual que el hombre y eso inevitablemente, afecta a su salud (Vlassof & Garcia, 2002). Hoy contamos con una extensa bibliografía, donde se documenta en torno a la falta de equidad y su impacto en la salud de las mujeres.

La existencia de normas sociales que refuerzan las diferencias en responsabilidades y en roles sociales, hacen que muchas mujeres estén sometidas a una importante sobrecarga, especialmente entre aquellas que tienen que compaginar su trabajo con las tareas domésticas y la crianza de los hijos. La falta de apoyo y los abusos por parte de otros miembros de la familia, así como diferencias en el nivel de ingresos económicos han sido quizá los más estudiados (Burge, 2000). Por lo tanto, el género como factor social determinante de la salud no actúa solo, sino que interactúa con otros determinantes sociales. Al poner de relieve la influencia del género en la salud y en la salud mental en particular, se destaca el hecho de que otros factores sociales puedan profundizar ó contrastar, el efecto del género en la salud.

Existe evidencia de “un aumento de la desigualdad de género en los países occidentales, debido a la supremacía blanca y patriarcalismo global que esclaviza y/o subordina a masas de mujeres del tercer mundo”. El cuidado y servicio doméstico constituyen una de las pocas ocupaciones, y también la principal, abierta a las mujeres inmigrantes en los países receptores (Bover, 2006).

Pese a todo ello, no podemos obviar que la represión de la inmigración sin papeles tiene lugar en una sociedad, donde el 23% del PIB se genera desde ámbitos de economía sumergida (El economista, 2011). El servicio doméstico y el cuidado de personas constituyen una de las actividades con mayor peso en este tipo de economía, al estar ligadas al género femenino, tradicionalmente considerado como no preferente en su aspecto laboral y responsable de actividades no valoradas socialmente (England & Stiell, 1997). En España, por ejemplo, las mujeres representan casi la mitad del total de la población inmigrante registrada durante el 2010 evidenciándose, en el caso de las comunidades iberoamericanas, incluso una creciente mayor proporción de mujeres que de hombres. Una de las explicaciones que la literatura recoge para este incremento del número de inmigrantes mujeres es la creciente necesidad de personas cuidadoras y trabajadores domésticos en las naciones industrializadas (Vellisca, 2003). Este tipo de actividad es una de las más prevalentes entre las mujeres inmigrantes latinoamericanas, de Europa del Este y en

menor medida las magrebíes, con una presencia de esta ocupación mucho más elevada entre éstas, que entre mujeres de otras procedencias en nuestro entorno de trabajo.

3.3. Diversidad cultural, su influencia en las desigualdades sociales en salud.

Una de las características que mejor define a la España del siglo XXI es la diversidad cultural que existe en su territorio tanto insular como peninsular. España actualmente es un país multirracial, multiétnico, plurilingüístico, multicultural.

Esta diversidad cultural necesita unos cauces de desarrollo, de perfeccionamiento e incluso de optimización, entendida ésta como el proceso de integración de cada ser humano en un determinado ámbito cultural.

Actualmente España presenta una gran diversidad cultural y es un mosaico de razas y creencias, que produce una gran riqueza tanto a nuestro país como a la población autóctona y foránea. Este fuerte cambio producido en estos últimos años en la fisonomía y constitución de la población española, también provocan choques culturales y raciales entre las comunidades recién llegadas y las nativas (Jabardo, 2000).

La persona inmigrante en el país receptor presenta importantes retos, deben hacer frente a la posible discriminación en sus países anfitriones. La inmigración afecta física y psicológicamente a los individuos; exige una ruptura con la tradición, la comunidad y la familia, los sistemas de valores culturales, el estilo de vida y las formas aceptadas de entender y enfrentarse al mundo (Atxotegui, Lahoz, Marxen y Espeso, 2005). Las dimensiones sobre las cuales se diferencia el estado de salud entre inmigrantes y no-inmigrantes son: la edad, el nivel de renta adecuado, el género y la propiedad de un hogar (Newbold & Danforth, 2003).

Además, tenemos que tener en cuenta que, los cuidadores inmigrantes sufren el llamado "Síndrome de Ulises" o de estrés del inmigrante (Atxotegui, 2004). Desde una perspectiva psicológica, la parte relacionada con los riesgos de la inmigración, las separaciones y las pérdidas es lo que se conoce como estrés o duelo migratorio. El duelo puede ser simple con éxito en el proyecto migratorio y complejo con dificultad y peligro del equilibrio psíquico. La diferencia con el duelo por defunción es que la pérdida - el país de origen- no desaparece y hay la posibilidad de volver, es pues, un duelo por separación más que por pérdida. En realidad existen siete tipos de duelos que son los referentes a la familia y amigos, lengua, cultura, tierra, estatus social, contacto con el grupo nacional y los derivados de los riesgos físicos de la migración. El hecho de que el inmigrante sufra tantos cambios hace que modifique su identidad y se sienta confundido, desorganizado, con necesidad de ayuda.

El duelo migratorio tiene distintas fases como son la negación, protesta y aceptación. Este duelo es transgeneracional, afecta a los que emigran, pero también a sus hijos si no acceden a ser ciudadanos, con las mismas oportunidades en la sociedad de acogida y tienden a convertirse en minorías no integradas (Moncusí, 2007). Este estrés crónico está generado por los problemas en obtener la legalidad, dificultades de reagrupación familiar, etc. Es crónico y múltiple ya que afecta a toda una serie de áreas básicas como son la familia, el estatus social y los riesgos físicos. Es un estrés difícil de controlar y que se produce más cuando hay muy poco apoyo social. Aparece depresión (tristeza y llanto), ansiedad (preocupaciones excesivas e insomnio), síntomas somáticos (cefaleas, fatiga y molestias articulares) y síntomas de tipo disociativos (confusión temporal, espacial, despersonalización y desrealización).

Además, en muchos casos se añade una interpretación sintomatológica, dando un sentido mágico a lo que le ocurre, como tener mala suerte porque le han echado mal de ojo. Estos síndromes requieren intervención terapéutica psicodinámica (contención emocional) cognitiva (disminución de la confusión), psicofarmacológica (ansiolíticos y antidepresivos) y psicosocial (potenciación de la red de apoyo social), (Atxotegui, et al., 2005). Por lo que ha de ser tenido en cuenta ya que forma parte del proceso migratorio que sufren todos los inmigrantes en menor o mayor medida. No tenemos que olvidar que todas las personas

poseen capacidad de adaptación frente a elementos estresantes, según expone la teoría de Lazarus & Folkman (1994), es una teoría donde se identifican elementos que puedan suscitar estrés y como el cuidador los afronta para adaptarse a esta situación. La utilización de mecanismos de afrontamiento eficaces como la búsqueda de apoyo social o utilización de pensamientos positivos favorece la adaptación.

Al enfrentarse a importantes dificultades en el acceso a los servicios públicos y privados de cuidados de salud, las personas inmigrantes indocumentadas también presentan mayores riesgos para su salud debido tanto a sus precarias condiciones de vida, como a sus condiciones de trabajo. La inmigración es 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, la irregularidad en el estatus de residencia, así como la visibilidad racial y el aislamiento social (Izcara, 2010) el impacto de las actividades de cuidado y servicio doméstico sobre la salud de las mujeres inmigrantes trabajadoras puede resultar altamente negativo para su bienestar y el de sus familias.

El tema del servicio doméstico es un ejemplo donde la raza y la clase, es condicionante para vivir de forma diferente las responsabilidades del cuidado en el mismo ámbito doméstico, según sean percibidas por la mujer que oferta el cuidado remunerado y la mujer que paga por sus

servicios con habitual relación opuesta de clase y raza, dentro de todas las relaciones, el potencial para la explotación y la coerción existe. El cuidado es un trabajo femenino invisible y no valorado, pero es la base de la producción y mantenimiento de la salud tanto desde el sistema de cuidados informal como del formal. El cuidado puede ser una manera de perpetuar relaciones de poder basadas en la desigualdad y mantener la opresión de unos sobre otros, incluso llegar a ser ciego, indiscriminado y cómplice en el mantenimiento del orden establecido. El cuidado como un ideal ético puede reforzar las instituciones opresoras, como pueden ser la familia y el rol que la mujer tiene en ella (Fernández, 2009)

Las cuidadoras procedentes de minorías étnicas tienen menos integración social que las cuidadoras autóctonas y por tanto, es necesario intervenir para que estas cuidadoras se integren más y así puedan tener las mismas condiciones que las cuidadoras nativas para realizar un cuidado de calidad, ya que se ha estudiado, que a mayor contacto social y mayor integración se produce menor cansancio en el cuidador (Fernández, 2009).

Por otro lado, los profesionales sanitarios, en tanto que integrantes de un contexto cultural y social, no son ajenos a las categorías de pensamiento, creencias y sistemas de valores de la sociedad en la que viven. Este podría ser un condicionante de la actitud, con la que se abordan problemas de la atención sanitaria a inmigrantes. El inmigrante es una persona joven (media de 34 años), que sale de su país de origen

en busca de una mejor calidad de vida, para sí mismos y para sus familias. En los países industrializados se ha incrementado la demanda de trabajadores extranjeros para los cuidados de personas dependientes, al igual que en otros trabajos especializados derivados de la industrialización (INSERSO, 2005).

Para realizar metas y procedimientos de asistencia, es importante considerar las especificidades culturales relacionadas con la salud, de cara a obtener efectividad en la acción. Es lo que en términos de Grossman (1994), se denomina ser “culturalmente competente” que consiste en la habilidad de los individuos y de los sistemas para responder con respeto y de manera efectiva ante personas de diferentes culturas, reconociendo el valor y la dignidad de individuos, familias y comunidades.

El aumento de la población de mayores de 65 años y discapacitados, nos hace pensar a los profesionales de atención primaria, y especialmente a las enfermeras, que tenemos que empezar a tener en cuenta el hecho de que la cuidadora domiciliaria de determinados pacientes va a ser una persona inmigrante, que proviene de una cultura diferente a la nuestra, con unas ideas sobre cuidados de salud diferentes a las nuestras y hasta ahora desconocidas. Además, la gran demanda de asistencia sanitaria que requiere una persona dependiente, hace que estas cuidadoras consuman muchos recursos del sistema sanitario público y acudan con mucha frecuencia a los centros de atención primaria.

Los cuidados son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia, y también para afrontar las discapacidades o la muerte. Toda cultura humana (local, popular o indígena) cuenta con prácticas y conocimientos asistenciales genéricos, normalmente con una dimensión profesional, que varía con respecto a las otras culturas. Una asistencia de enfermería beneficiosa o coherente desde el punto de vista cultural sólo puede producirse cuando la persona, el grupo, la familia, la comunidad o los valores, expresiones y modelos de cuidados culturales son conocidos y utilizados de manera adecuada por el profesional de enfermería. Los cuidados de enfermería beneficiosos, saludables y que cubren las necesidades culturales contribuyen al bienestar de las personas, las familias, los grupos y las comunidades de una cultura.

Según Leininger (2007), las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás. La cultura determina los patrones y estilos de vida que tiene influencia en las decisiones de las personas, esta teoría ayuda a la enfermera a descubrir y documentar el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista étnicos, sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una ética apropiada (conocimiento profesional), como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.

La sustitución de la mujer española cuidadora por cuidadoras inmigrantes, es un fenómeno de creciente relevancia en nuestro contexto, por lo que el sistema de salud debe prestar especial atención a estas cuidadoras, a su salud y a la provisión de cuidados que realizan.

Además, tenemos que añadir las desigualdades introducidas por la situación de crisis actual, donde los ingresos medios anuales de los hogares españoles alcanzaron los 24.609 euros en 2011, con una disminución del 1,9% respecto al año anterior. El 21,1% de la población residente en España está por debajo del umbral de riesgo de pobreza en 2012. En relación con la actividad, el 35,8% de los parados está en riesgo de pobreza. Por su parte, el 13,3% de los ocupados se encuentra por debajo del umbral de riesgo de pobreza. Por comunidades autónomas, la Región de Murcia (60,2%) y Andalucía (57,2%) presentan los mayores porcentajes de hogares que no pueden permitirse ir de vacaciones fuera de casa al menos una semana al año. Los menores porcentajes corresponden a País Vasco (22,6%) y Comunidad Foral de Navarra (28,8%), (Informe Caritas, 2013).

El 60,8% de los hogares de Canarias y el 57,3% de los de Región de Murcia no tienen capacidad para afrontar gastos imprevistos. En el lado contrario se sitúan País Vasco (con un 18,2% de hogares) y Comunidad Foral de Navarra (20,0%). En el caso de hogares con retrasos en los pagos relacionados con la vivienda principal, Illes Balears (13,7%) y Andalucía

(10,6%) presentan los porcentajes más altos. Cantabria (2,6%) y País Vasco (2,7%) registran los más bajos, (Informe CES. 2013).

A esta situación tenemos que añadir, que La crisis económica se está convirtiendo, en Europa, en un motivo de hostigamiento para algunos grupos vulnerables como los migrantes y los solicitantes de asilo a quienes se les acusa de ser la causa de la difícil situación económica, además de la pérdida de apoyo económico sufrido por los grupos que trabajan en cuestiones de racismo y xenofobia. Como lo han demostrado acontecimientos acaecidos en otros lugares, culpar a los grupos vulnerables de la crisis económica, puede generar un clima de hostilidad y violencia racial contra estos grupos (Informe Caritas, 2013).

3.4. Los conceptos de sobrecarga del cuidador, apoyo social, satisfacción laboral, felicidad y satisfacción vital.

La sobrecarga del cuidador la define Zarit (1998), como una respuesta multidimensional a los estresantes físicos, psicológicos, sociales y económicos que suponen la actividad de cuidar. El impacto que la sobrecarga tiene en la vida del cuidador viene determinado por su propia percepción, no por la percepción de otros familiares. Estos cuadros de sobrecarga se dan sobre todo, al aumentar la ayuda al mayor dependiente en las actividades de la vida diaria (Moreno-Gaviño, 2008).

En Atención Primaria es frecuente que asistamos a familiares en los que intuimos sobrecarga. Es habitual el uso de medidas objetivas o escalas diagnósticas, para confirmar una situación crítica familiar y poder actuar así en consecuencia.

Para la detección de sobrecarga en cuidadoras de enfermos dependientes se ha estado utilizando el test de Zarit Burden Interview (ZBI) (Zarit, et al., 1980), escala de 22 preguntas con 5 posibles respuestas, autoadministrado. Ha sido validado en castellano (Martin, 1996).

Actualmente, en Andalucía en nuestro medio de Atención Primaria, para medir la sobrecarga se utiliza el Caregiver Strain Index (CSI) (Sullivan, 2002), traducido y adaptado al castellano como índice de esfuerzo del cuidador (IEC), por ser una prueba más sencilla y práctica (López, 2005; Moral, 2003).

Referente al estudio del apoyo social, ha sido un tema de interés que ha adquirido gran relevancia científica en los últimos años, sin duda, debido a su influencia sobre aspectos de salud o bienestar personal y social. Así, los planteamientos actuales sugieren que el apoyo social puede actuar como: amortiguador de eventos vitales estresantes, potenciador de la salud y el bienestar, preventivo de eventos vitales negativos o estresantes (Bacigalupe, 2007; Nebot, 2004; Zapater, 2006).

Existen tres categorías de apoyo: El apoyo emocional es el intercambio de sentimientos proporcionando comprensión y amor, reforzando el sentido de pertenencia y autoestima. El apoyo informacional o estratégico es la ayuda para la resolución de problemas concretos. Y finalmente, el apoyo material o instrumental consiste en la prestación de servicios en circunstancias que no pueden ser salvadas por uno mismo (Broadhead, 1998). Por tanto, el apoyo social abarca temas económicos pero también servicios en actividades de la vida diaria como el cuidado personal, las tareas domésticas y salir a la calle. En general, el principal representante es la familia y es la que se encarga del apoyo emocional y material/instrumental, dejando a los profesionales (con conocimientos específicos) el apoyo estratégico para cuando se produce un problema concreto como la enfermedad. La familia, como red social primaria, cumple un papel esencial de apoyo social y cuidado en todas las etapas de la vida humana.

A veces, sin embargo, durante las relaciones que mantienen los miembros de la familia aparecen consecuencias no deseadas, pero dentro del contexto amplio de relaciones positivas y negativas de ayuda mutua (Hernandez, 2005; Carrasco, Borderías y Torns, 2011). Broadhead (1988), hace referencia al cuestionario de Duke-UNC, que valora principalmente dos dimensiones del apoyo social: confidencial y afectiva. La dimensión confidencial, por la que se recibe información y consejo o

permite compartir inquietudes. La dimensión afectiva, por la que se expresa amor, cariño, estima y simpatía.

Existen otros tipos de redes pertenecientes al sistema informal que también participan en la prestación del cuidado a las personas con problemas de dependencia son: amigos, vecinos, diferentes miembros de la comunidad, así como voluntariado y asociaciones de ayuda mutua, que participan y contribuyen a conformar actitudes y conductas relacionadas con la salud y el bienestar de las personas dependientes. La importancia de estas redes sociales sobre todo se encarga del apoyo emocional a la persona cuidada, de su compañía o de sus salidas recreativas (Marmot & Wilkinson, 2001; Kawachi, Kim, Coutts & Subramanian, 2004). Tienen un papel muy importante porque son los que al demostrarle afecto, proporcionan a la persona cuidada un amplio sentido de autoestima, ya que en muchas ocasiones la persona cuidada al ser dependiente, se siente poco útil a la sociedad y sobre los propios cuidadoras, ya que la percepción del soporte que éstos tienen es un importante factor de estabilidad emocional y de calidad de vida (Vega, 2009).

Cuanto mayor apoyo social se produce, menor cantidad de consecuencias en el cuidador informal (Navaie, 2002). Para poder disponer de apoyo social es necesario estar integrado en la sociedad. Este hecho es muy importante para las minorías culturales, que son los que van a tener un gran peso en el cuidado de las personas (IMSERSO, 2002;

U.S.Department of Health and Human Services, 2002). Una de las formas de potenciar el apoyo social a las minorías es conociendo sus culturas, para así identificar las barreras existentes y los elementos que pueden facilitar su integración y acceso a los apoyos formal e informal (Brown, McWilliam & Mai, 1997).

Respecto del ámbito familiar (Sánchez y Quiroga, 1995), la relación entre satisfacción familiar y laboral se encuentra mediada por la edad, el sexo, y la existencia de hijos. Así, en las mujeres, en las parejas sin hijos, y en las personas menores de 37 años existe coherencia entre ambos aspectos, hay satisfacción o insatisfacción familiar y laboral, pero entre los hombres, las parejas con hijos y las personas mayores de 38 años es más común la incoherencia (hay satisfacción en un ámbito y no en el otro). A medida que avanza el ciclo vital familiar, la satisfacción familiar y la laboral se hacen independientes. La satisfacción con el trabajo se encuentra relacionada con el bienestar (Argyle, 1999; Barrientos, 2005; Diener, et al., 1999; Warr, et al., 1979,) dónde, los parados son menos felices que los trabajadores activos y presentan más estrés y menos satisfacción (Diener, et al., 1999). Los efectos negativos de los parados se registran con más fuerza aún en sociedades con una alta tasa de empleo, dónde estar sin trabajo es considerado un fracaso personal. Por otro lado, las personas que tienen trabajo y están más satisfechas respecto de su empleo, son aquellas que desempeñan trabajos profesionales de su interés (Argyle, 1999). La satisfacción laboral se relaciona significativamente con la edad, de modo que las personas de mayor edad presentan menor

satisfacción laboral. En mujeres de edad mediana, su satisfacción se relaciona significativamente con la escolaridad, los sentimientos de soledad y la insatisfacción con el trabajo que realiza, así, el displacer con el trabajo aumenta considerablemente la posibilidad de evaluarse como insatisfecha (Díaz, Alonso y Bayarre, 2002).

Moyano (2007), midió el bienestar subjetivo en trabajadores de comercio informal presentando que aún en condiciones de precariedad los trabajadores pueden conseguir satisfacción respecto de algunas características de su trabajo, valorando positivamente aspectos como la autonomía y libertad que son propios de este tipo de trabajo.

Aunque el estudio sistemático de la naturaleza y las causas de la satisfacción laboral no comienza hasta los años 1930, ya antes algunos autores estudiaron diversas actitudes de los empleados ante distintos aspectos del trabajo. Se investigaron cuestiones como las horas de trabajo y los descansos (Jaén, 2010). En el caso de España, las investigaciones sobre la satisfacción laboral eran escasas hasta hace poco tiempo, la encuesta de Castillo (1968), aplicada a los trabajadores andaluces y la de Tezanos, López, Rodríguez y Domínguez, (1973), aplicada a los empleados de la banca.

Los estudios empíricos han identificado muchos factores que condicionan el nivel de satisfacción en sus puestos de trabajo (López,

2004). Además, de las características personales, de los rasgos de las empresas y de los puestos de trabajo que son incorporadas en la mayoría de las investigaciones, algunos autores han puesto el acento en el salario (Clark & Oswald, 1996; Sloane & Williams, 2000), las posibilidades de promoción laboral (Leonardi, 2000), las condiciones físicas del trabajo, o la seguridad laboral.

Desde el punto de vista de la psicología, el trabajo proporciona salud física y mental, entretenimiento, prestigio, contactos sociales y es una fuente de realización personal (Gamero, 2007). Por ello, muchas veces la insatisfacción laboral tiene efectos nocivos sobre la productividad del individuo. Diversos estudios muestran la importancia de los aspectos laborales en la salud física y mental de los trabajadores; Se ha observado que la insatisfacción laboral se asocia a trastornos mentales comunes (Faragher, Cass & Cooper, 2005; Quintero, Biela, Barrera y Campo, 2007). Los trabajadores insatisfechos, manifiestan con mayor frecuencia síntomas ansiosos y depresivos. Asimismo, se ausentan un gran número de días de trabajo y asisten, por lo general, más veces a consulta médica (Harmon, et al., 2003; Virtanen, Kimimaki & Elovainio, 2003; Wieclaw, Agerbo, Mortesen & Bonde, 2005).

En general, los componentes de satisfacción más mencionados tienen que ver con el contenido del trabajo (interés intrínseco del trabajo, la variedad, las oportunidades de aprendizaje o la dificultad), con el

salario, con las condiciones de trabajo (horario, descansos, condiciones ambientales) y con la empresa. Ante esta gran variedad de componentes, señala que existen factores de motivación intrínsecos del trabajo, vinculados directamente con la satisfacción laboral, tales como el trabajo mismo, los logros, el reconocimiento recibido por el desempeño, la responsabilidad y los ascensos (López, 2004). Los factores extrínsecos del trabajo, que no pueden ser controlados o modificados directamente por el trabajador, están relacionados con la higiene, las políticas de organización, la supervisión, la disponibilidad de recursos, el salario y la seguridad. La satisfacción laboral de los trabajadores constituye uno de los indicadores de calidad de vida laboral, ya que en las actividades asistenciales los recursos humanos son tantos o más importantes que los materiales, por lo que se debería potenciar la cualificación y satisfacción en un ambiente que fomente el desarrollo profesional. Existen multiplicidad de variables que pueden incidir en la satisfacción laboral: las circunstancias y características del propio trabajo y las individuales de cada trabajador condicionarán la respuesta afectiva de éste hacia diferentes aspectos del trabajo. Estas características personales son las que acabarán determinando los umbrales personales de satisfacción e insatisfacción (Hasselhorn, Tackenberg, Hans & Müller 2003; Shields, 2001).

Una concepción más amplia, establece que la satisfacción en el trabajo es la medida, en que son satisfechas determinadas necesidades del trabajador y el grado en que se realizan las diferentes aspiraciones que puede tener en su trabajo, ya sean de tipo social, económico o higiénico.

Existe una ineludible conexión entre "satisfacción laboral", "motivación" y "conducta o acción". Mediante los índices de salud laboral normalmente se pretende auscultar a una población laboral (Hackman, et al., 1975; Newman, Taylor & Chansarkar 2002; Ruzafa y Madrigal, 2008).

Referente al ocio, para algunas personas suele ser más importante que el trabajo, pero lamentablemente, muchos no logran administrarlo adecuadamente, siendo un espacio insatisfactorio y de baja calidad. Una encuesta realizada a personas pertenecientes a distintos grupos de ocio, indica que las personas con mayor satisfacción son aquellas pertenecientes a grupos de baile, mientras que las actividades que reportan mayor integración de clases sociales, contribuyendo a la auto-imagen y a la autoestima, son los grupos de deportes, asistencia a la iglesia y clases nocturnas. Las personas prefieren el ejercicio y las actividades que se practican en grupo, siendo estas últimas las que hacen más felices a los extrovertidos (clubes, equipos, fiestas) y donde las actividades agradables con los amigos permiten prever un aumento del bienestar. Actividades de ocio exigente y desafiante, pueden proporcionar altos niveles de satisfacción cuando implican una absorción profunda en la tarea. Ver televisión es la actividad de ocio más popular, no requiere de ningún tipo de habilidad o implicación importantes y que reporta un bajo nivel de satisfacción. Cuando a ella se asocia simultáneamente comer, probablemente sea una de las actividades de ocio menos saludable y menos socialmente gratificante a largo plazo, siendo una conducta muy difícil de modificar (Argyle, 1999).

La existencia de una relación positiva entre bienestar y satisfacción con los amigos queda reflejada en trabajos como el de Diener (1995), de modo que el descenso del contacto social disminuye el bienestar, e inversamente, al incrementarse el contacto, mejora el bienestar. La vida amorosa es un tipo particular de satisfacción interpersonal, y es un predictor de la satisfacción vital (Emmons et al, 1983).

Dado que el bienestar está, probablemente, determinado por un gran número de factores que se combinan e intervienen en distintos niveles (Diener, et al., 1995), es poco probable que un conjunto reducido de variables puedan explicar su variabilidad. Sin embargo, debido a la disparidad de resultados encontrados en el análisis de las variables en culturas anglosajonas, el insuficiente aporte, en la bibliografía consultada, de estudios empíricos sobre el tema en nuestro país y cultura latinoamericana, resulta relevante medir cómo estas variables se encuentran relacionadas. Se hace aquí una exploración de la satisfacción vital, y su relación con las variables sociodemográficas, de apoyo social, cansancio del rol del cuidador y satisfacción laboral. Nos hemos centrado en el estudio de cuidados destinados a las personas mayores, por haber encontrado en el trabajo de campo, evidencias de que cerca del 90% de las ofertas de asistencia personal en el sector doméstico de cuidados, están dirigidas al colectivo de cuidadoras inmigrantes (Martínez, et al., 2009; Rodríguez, 2010).

3.5. Estrategias para superar los efectos negativos en el cuidador.

La vida en sociedad implica convivencia y ayuda entre seres humanos. La familia es la proveedora por excelencia de cuidados y es elemental en el cuidado de las personas mayores. La tarea de cuidar suele ser nueva, no está previamente planificada ni elegida, y la persona no suele estar preparada para ello. En el año 2009 el 48.1% de los cuidadoras en España percibía su salud como mala o muy mala (López, et al., 2009).

El bienestar del cuidador está directamente relacionado con los siguientes aspectos: su propia salud, ayuda percibida por sus familiares (apoyo emocional y reconocimiento), capacidad de las instituciones para responder a sus necesidades, conocimiento acerca de la enfermedad, tipo de relación que mantenían el cuidador y la persona cuidada, cómo se desenvuelve en la propia tarea de cuidar y la capacidad de resolución frente a situaciones adversas diferentes estudios lo avalan (Casado, 2009; López, 2009; Saiz, 2008).

La sobrecarga a la que se ve sometido el cuidador, puede manifestarse de varias maneras: El impacto negativo en la esfera psicológica es mucho más evidente e intenso, que las consecuencias de la sobrecarga física (García, 2004). La prevalencia de trastornos psíquicos alcanza hasta un 50%, y a menudo éstos son difíciles de verbalizar y se

refieren como somatizaciones o con términos inespecíficos, del tipo de "desánimo" o "falta de fuerzas". Su aparición se relaciona directamente con un mayor riesgo de estrés y sobrecarga por parte del cuidador, con múltiples factores de riesgo. (García, 2004; Garrido, et al., 2003; Moral, et al., 2003).

Las principales alteraciones psíquicas que presenta el cuidador son la depresión, la ansiedad y el insomnio, como manifestación de su estrés emocional. De ellas, la más frecuente es la depresión, con una prevalencia del 32%, y las circunstancias favorecedoras son: ser mujer, padecen mas depresión en esposas que en hijos, mayor edad del cuidador, varía según los estudios, más depresión en niveles de estudios inferiores y/o menor preparación para realizar los cuidados, bajos ingresos económicos (Artaso, 2003; Gallicchio, 2002). No disponer de trabajo remunerado, antecedentes familiares de depresión, relaciones conflictivas y/o menor ayuda social o familiar, enfermedad crónica y/o limitación física o psíquica del cuidador, mayor tiempo dedicado al cuidado, mayor dependencia física del paciente cuidado, mayor deterioro mental o mayores trastornos de conducta del paciente dependiente (especialmente demencia), (Lago, 2001; Regueiro, 2006). Los cuidadores presentan también una alta tasa de automedicación, especialmente de psicofármacos y analgésicos (Regueiro, 2006).

Aparecen también problemas osteoarticulares: dolor crónico de características mecánicas, del aparato locomotor (están sometidos a un mayor esfuerzo físico en comparación con otras personas de su misma edad). La cefalea de características tensionales, la astenia, la fatiga crónica, la alteración del ciclo sueño-vigilia, el insomnio (Carter, 2002; Happe & Berger, 2002) y otros, en general mal definidos, de evolución crónica y que contribuyen a deteriorar aún más su calidad de vida. Incremento del riesgo cardiovascular y susceptibilidad a tener un mayor número de infecciones. Todo ello estaría asociado al estrés global, con la consiguiente descarga de cortisol y un deterioro de la función inmunitaria que produciría una reducción de los valores de inmunidad celular. Se ha demostrado (Muñoz, 2007), que los cuidadoras son más susceptibles a otro tipo de afecciones, como la enfermedad ulcerosa péptica y la enfermedad cardiovascular. Este mismo estudio, demostró que el riesgo de mortalidad cardiovascular se incrementó en un 63% entre los cuidadores ancianos cónyuges que habían desarrollado un alto nivel de estrés. También se ha observado una mayor tendencia a la obesidad especialmente en mujeres y una mayor frecuencia de hábitos de riesgo (mayor consumo de alcohol y tabaco) (Lago, 2001; Bonillo, 2007).

Pueden presentarse conflictos familiares (cambios en las relaciones familiares, asumir nuevos roles), alteraciones laborales (absentismo, conflictividad laboral, dificultad para compaginar horario), mayores gastos en la adaptación de la vivienda (Checa y Arjona, 2003; O'Carroll, Smith & Coustom 2000), pérdida de contactos sociales y disminución, o incluso

abandono, de las actividades sociales y de ocio (tiempo dedicado a la familia, a los amigos) (Kuwahara, Washio & Arai, 2001). Gran parte de las cuidadoras no trabaja ni puede plantearse buscar trabajo; otros se ven obligados a reducir su jornada laboral y, en casos más extremos, a abandonar su puesto de trabajo. Todo ello desencadena sentimientos de tristeza, conflicto, aislamiento y culpabilidad (Lago, 2001; Saiz, 2008). También pueden sentir las cuidadoras la denominada sobrecarga del cuidador, que es la tensión que soporta el cuidador por el cuidado de un familiar dependiente. Es una respuesta multidimensional a los estresantes físicos, psicológicos, sociales y económicos que suponen la actividad de cuidar. El impacto que la sobrecarga tiene en la vida del cuidador, viene determinado por su propia percepción, no por la percepción de otros familiares. Su máxima expresión clínica es el síndrome del cuidador quemado (burnout), que es la progresión de la carga del cuidador, hasta un punto en el que continuar con dicha tarea no es una opción saludable (Arrieta, 2005). En este contexto, no hay que olvidar que el seguimiento de un paciente cuidador principal de otro dependiente, implica también dedicar una especial atención a detectar las posibles situaciones de "malos tratos", ya sean estos físicos, emocionales, sexuales, de abandono o de explotación material, que llegan a alcanzar el 20% de los casos (Lago, 2001). Conviene sospechar unos mayores niveles de sobrecarga en los cuidadores que manifiestan ira o agresividad. Se consideran también síntomas de alarma la tristeza, la depresión, el insomnio, la disminución de la concentración y el abuso de alcohol y otras sustancias (Saiz, 2008).

Sin embargo, no todo es negativo. No hay que olvidar que suele haber importantes motivaciones entre los cuidadores, y que cuidar puede aportar consecuencias positivas, como ganancia y disfrute de un nuevo rol, afectividad positiva, satisfacción personal, bienestar, recompensa y gratificaciones intangibles, crecimiento y satisfacción vital. Hay dos rasgos que se asocian a la buena salud entre los cuidadoras, que son el optimismo y la maestría (Atienza, Parris & Townsend 2002).

La intervención posible en relación con los cuidadores puede establecerse con respecto al objetivo terapéutico, que es prevenir, retrasar o reducir el impacto negativo que puede tener el hecho de cuidar a un familiar incapacitado en la salud y el bienestar del cuidador, y explotar al máximo su impacto positivo. Se debe favorecer y promocionar la comunicación y el apoyo entre familiares, amigos, profesionales, personal religioso, voluntariado, etc. Los cuidadores deben aprender a pedir ayuda, y no sólo eso, sino a no rechazarla, dado que facilitará la continuidad de los cuidados y la ruptura del aislamiento, al que frecuentemente se ven sometidos, y disminuirá claramente el estrés y la sobrecarga (Saiz, 2008).

Para ayudar a superar las consecuencias negativas en el cuidador (sentimiento de carga y quemado), existen diversas estrategias. Diferentes autores indican las principales fuentes para la superación de los problemas, derivados del cuidado a domicilio (Gallart, 2007; Leininger, 2007), como son:

- Facilitar el acceso al apoyo informal secundario y al apoyo formal. Priorizando el soporte emocional, las prestaciones económicas, la ayuda en los cuidados y la liberalización de tiempo de cuidados con centros de día y de reposo.
- Facilitar el apoyo social y la integración. Una de las formas de potenciar el apoyo social a las minorías, es conocer sus culturas para así identificar las barreras existentes, los elementos que pueden facilitar su integración y acceso a los apoyos formal e informal.
- Formación sobre el cuidado
- Proporcionar herramientas de superación del estrés como distracción, disposición de tiempo libre, relajación, comunicación, aceptación de la situación, a través de encontrar puntos de anclaje personal, como pueden ser los valores personales y la religión.

Parte II

Marco Empírico

Contenido

- ▶ Capítulo 4. Justificación
- ▶ Capítulo 5. Hipótesis y objetivos
- ▶ Capítulo 6. Material y Método
- ▶ Capítulo 7. Resultados
- ▶ Capítulo 8. Discusión
- ▶ Capítulo 9. Conclusiones
- ▶ Capítulo 10. Prospectiva

Capítulo 4 Justificación

4. JUSTIFICACIÓN

El interés de este estudio, radica en que nos permitirá conocer las opiniones sobre la satisfacción vital, apoyo social, satisfacción con el trabajo y el cansancio sentido con el rol de cuidadoras de las mujeres y hombres inmigrantes y autóctonos que trabajan como cuidadores. Se trata de una población vulnerable, de elevado riesgo social y altamente desconocida, por el difícil acceso para su estudio, agravado aún más en el caso de los cuidadores inmigrantes. Nuestra ventaja estratégica fundamental radica en que para nosotros, debido al nivel de atención primaria en el que desarrollamos nuestro trabajo, es relativamente fácil acceder a este segmento de la población, que ni siquiera aparece en las estadísticas oficiales. Ello nos permitirá profundizar en el conocimiento de las estrategias específicas, que desarrollan estas mujeres inmigrantes y autóctonas formales e informales como cuidadoras, para la promoción y protección de su salud, en función de los conocimientos sobre cuidados que traen de sus culturas de origen. Este conocimiento servirá al sistema nacional de salud para entender la situación peculiar a la que se enfrentan las cuidadoras autóctonas e inmigrantes y establecer estrategias para orientarlas, apoyarlas y promocionar su salud. Todo ello contribuirá potencialmente al aumento del bienestar de estas mujeres y sus familias, y también al de las personas dependientes y sus familias.

Se pretende crear en Atención Primaria la intervención programada con cuidadoras inmigrantes y autóctonas, tanto para las

recién incorporadas al trabajo, como para los que ya están y necesitan adquirir conocimientos en el cuidado de personas dependientes y en tomar parte activa en su salud en general y laboral en particular. Con evaluación continua de la intervención de adquisición de conocimientos y de satisfacción con la intervención. Así, se introducirán mejoras en la intervención, con la evaluación continua del proceso, adaptándola a nuevas tecnologías y conocimientos novedosos que surjan para mejorar la salud de:

- Las cuidadoras inmigrantes/autóctonas y sus familiares.
- Personas dependientes y sus familiares.

La investigación propuesta plantea realizar un estudio sobre un tema de interés actual, consecuencia de los cambios sociales, familiares y demográficos en el sistema de cuidados a personas dependientes en Andalucía y en toda España. El estudio de la problemática que se plantea en este proyecto es relevante, para conocer las características y actitudes de la población inmigrante y autóctona, que actualmente se hace cargo de cuidar a nuestros mayores o personas con discapacidad.

El planteamiento del proyecto es de utilidad, para diseñar políticas sanitarias en Andalucía y en el Sistema Público Nacional de Salud, adaptadas a la realidad sanitaria de determinados grupos vulnerables, como el de las cuidadoras inmigrantes/autóctonas y el de las personas a quienes cuidan. Esta situación de Andalucía es extrapolable al resto de

España, y está siendo regulada en toda España por la LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Además, plantea realizar un proyecto de intervención-evaluación para conseguir mejoras en la salud de las mujeres y hombres inmigrantes/autóctonos cuidadores y en la calidad de los cuidados que realizan. La realización de esta investigación además justifica su pertinencia, porque la producción científica realizada hasta el momento en esta área es aún incipiente y escasamente concluyente en nuestro medio.

Entre los aspectos principales en la aplicabilidad del proyecto destacamos los siguientes:

- **Facilitar el apoyo social y la integración.** Una de las formas de potenciar el apoyo social a las minorías es conociendo sus culturas, para así identificar las barreras existentes y los elementos que pueden facilitar su integración y acceso a los apoyos formal e informal.
- **Formación sobre el cuidado:** Preparación de la cuidadora domiciliaria: conocimientos sobre nutrición, higiene, ejercicio, en el enfermo y el cuidador, primeros auxilios, gestiones domésticas o grado de dependencia de las personas a atender. Así, se abordan temas como el apoyo sociosanitario, la identificación y manejo de riesgos en situaciones graves.

- **Mejorar la atención y promover la salud de las cuidadoras:** habilidades ergonómicas que les permita adoptar las posturas más adecuadas a la hora de desarrollar su labor, evitar el cansancio del rol del cuidador, aprender técnicas de relajación. Conocimientos sobre planificación familiar y en la prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- **Fomentar el apoyo social aumentando sus redes de apoyo:** el conocimiento de habilidades sociales, tanto para la expresión de emociones y sentimientos como para la resolución de los conflictos que puedan presentarse en el día a día, conocer los centros de atención al inmigrante y asociaciones de cuidadoras tanto del ayuntamiento como de asociaciones no gubernamentales y asociaciones de vecinos del barrio en el que viven, así, se abordan temas como el apoyo social y la integración.
- **Proporcionar herramientas de superación del estrés** como distracción, disposición de tiempo libre, relajación, comunicación, aceptación de la situación a través de encontrar puntos de anclaje personal como pueden ser los valores personales, la religión y alternativas que van a surgir de sus propias ideas y culturas. Todo esto contribuye a una mejor salud para estas personas, que repercute en menos gasto sanitario, además de mejorar la calidad de los cuidados que ofrecen con el consiguiente bienestar percibido, por las

personas cuidadas y sus familiares. Optimizando recursos ofrecidos por el SAS e INSS, repercutiendo en una salud responsable y de calidad para discapacitados, familiares de estos y sus cuidadoras.

Desde un enfoque que persigue la visión transcultural, se pretende realizar un estudio que nos permita conocer cómo perciben las cuidadoras inmigrantes, autóctonas, la satisfacción laboral, su situación como cuidadoras, y cansancio del rol de la cuidadora (ya que la mayoría de veces trabajan a tiempo completo, sin apenas poder salir de la casa del incapacitado), satisfacción vital, apoyo social percibido, así como describir el perfil de las cuidadoras inmigrantes y autóctonas en nuestro entorno de trabajo. Los conocimientos y vivencias como cuidadoras de personas dependientes que poseen ellas desde sus respectivas culturas, continúa siendo un tema pendiente de investigación. A su vez, se pretende determinar el efecto de una intervención multidisciplinar con las cuidadoras.

Capítulo 5 **Hipótesis y Objetivos**

Contenido.

1. Hipótesis
2. Objetivos
 - Objetivo general.
 - Objetivos específicos.

5.1. HIPÓTESIS

La adquisición de conocimientos en el cuidado de personas dependientes, índice de esfuerzo del cuidador, el apoyo social, la satisfacción vital y satisfacción laboral percibida por las cuidadoras inmigrantes y autóctonas del perfil del estudio, tras una intervención grupal estructurada en Atención primaria, mejoran su rol de cuidadoras y disminuye su sobrecarga con el cuidado.

5.2. OBJETIVOS

5.2.1. Objetivo general:

Conocer el impacto sobre las cuidadoras (CIA) que tiene una intervención educativa en Atención Primaria, mediante la evaluación de indicadores del índice de esfuerzo del rol del cuidador, su satisfacción vital, satisfacción laboral, apoyo social recibido y conocimientos adquiridos en el manejo de la persona dependiente.

5.2.2. Objetivos específicos

1. Conocer las características sociodemográficas de las cuidadoras-cuidadores inmigrantes y autóctonos de los centros de salud: Alameda-Perchel, Limonar, Delicias, Torcal y Puerta Blanca.
2. Determinar las diferencias existentes entre hombres y mujeres cuidadores inmigrantes/autóctonos en la percepción de satisfacción vital, apoyo social, sobrecarga del cuidador, satisfacción laboral y conocimientos adquiridos.
3. Establecer la influencia de la sobrecarga del cuidador, satisfacción laboral, felicidad y apoyo social, sobre la satisfacción vital de las cuidadoras.

Capítulo 6 **Material y Método.**

Contenido

1. Diseño
2. Ámbito de estudio
3. Población y muestra
4. Criterios de inclusión y exclusión
5. Descripción de las variables
6. Descripción de los instrumentos
7. Procedimientos
8. Secuencia de actuación
9. Análisis de los datos
10. Aspectos éticos

6.1. Diseño.

Cuantitativo-intervención-evaluación, estudio experimental en el que se aplicará un programa de educación para la salud grupal a cuidadoras inmigrantes y autóctonas.

6.2. Ámbito de estudio.

El estudio se realizó en la zona de salud adscrita a los Centros de Salud (C.S) del Distrito Sanitario Málaga, de los C.S. Delicias, Torcal, Puerta Blanca, Alameda-Perchel y Limonar.

Se trata de una población urbana, de nivel socioeconómico medio/alto, con presencia de varios grupos marginales.

6.3.1. Población de estudio

La población de estudio la constituyen mujeres y hombres inmigrantes y autóctonos mayores de 18 años que trabajen cuidando a personas discapacitadas en la zona básica de salud del Distrito Sanitario de Málaga, de los C.S. Alameda-Perchel, Limonar, Delicias, Torcal, Puerta Blanca.

6.3.2. Muestra

Para conseguir una potencia del 90% para detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula $H_0:p_1=p_2$ mediante una prueba χ^2 bilateral para dos muestras independientes, teniendo en cuenta que el nivel de

significación es 5%, y asumiendo que el nivel de conocimientos que poseen las cuidadoras antes de la intervención esta alrededor del 40% por el estudio Steinsbekk (2012) y considerando que la intervención será relevante si el nivel de conocimientos se eleva entorno al 70% será necesario incluir 56 cuidadoras inmigrantes y 56 cuidadoras autóctonas, totalizando 112 cuidadoras en el estudio. El tamaño muestral se ha ajustado dado que se espera tener un 10% de pérdidas por diversas razones (abandono, no respuesta,...) por lo que el número de cuidadoras que sería necesario reclutar para el estudio es de 125.

Reclutamiento: La captación de cuidadoras autóctonas e inmigrantes, se realizó a través de las visitas domiciliarias que las enfermeras realizan a las personas en situación de dependencia y cuando las cuidadoras acompañaban al discapacitado al centro de salud. Además, se tuvo en cuenta para la captación de los participantes, los pacientes filiados en programas de atención domiciliaria de la zona Distrito Sanitario Málaga, de los C.S. Delicias, Torcal, Puerta Blanca, Alameda-Perchel y Limonar. Así mismo, los compañeros de todos los Centros de Salud nombrados, que estuvieron participando en la derivación de las cuidadoras.

El reclutamiento de los participantes para entrevistas en las diferentes zonas del estudio se llevó a cabo, también, mediante **técnica de "bola de nieve"** ("partiendo de un pequeño núcleo emisor, que se

multiplica por la colaboración de los receptores en la transmisión y difusión del mismo, generando un efecto de progresión piramidal que crece geométricamente”). Se realizó un estudio piloto que nos demostró que esta técnica es mucho más efectiva de lo que en un principio pensábamos, pues prácticamente el 20% de la muestra (Rojano et al., 2013), fue captada a través de los cuidadores ya entrevistados. Nos permitieron acceder a otros cuidadores, que por su condición irregular (poblaciones ocultas: muchas de estas personas, que llevan solo 2 meses en España y están trabajando como internas, no se atreven a salir del domicilio en el que trabajan), incluso desconfiaban del estudio. Gracias a la colaboración de los propios cuidadores con “la técnica de bola de nieve” y a las asociaciones como “Málaga acoge” y recursos laborales de empresas y asociaciones (Cruz roja, MPDI, Asociación Benéfica Padre Enrique Huelin, Así es Colombia, ASIT, THEMIS, Médicos del Mundo, La Liga Malagueña de la Educación y la Cultura Popular). Además en los centros de salud participantes en el estudio, se han colgado carteles en los que se anima a participar en los talleres y en el estudio a las cuidadoras.

En estos carteles también se ofrece información de un número de teléfono, que es recortable, se lo pueden llevar y llamar para participar. Todas estas asociaciones, los compañeros de los centros de salud y estas ideas contribuyeron, a aportar un mayor número de participantes para el estudio.

Criterios de segmentación de las cuidadoras: Proporcionamos una muestra estructural donde están diseñados los perfiles de la muestra, se realizará una segmentación de la muestra en función de la diversidad cultural y país de procedencia existente en nuestro entorno. Se han previsto 3 grandes grupos:

- ▶ Cuidadoras inmigrantes de procedencia latinoamericana.
- ▶ Cuidadoras inmigrantes de origen centroeuropeo o de países del Este.
- ▶ Cuidadoras autóctonas.

La muestra que anticipamos existe en nuestra zona de trabajo, es decir, al ir a los domicilios hemos observado la existencia de un determinado número de cuidadoras latinoamericanas, países del este, quedando constatado en nuestro estudio piloto realizado con 50 cuidadoras inmigrantes (Rojano, 2013). Realmente el estudio nos va a permitir determinar y conocer el perfil de cuidadoras inmigrantes de la zona, así como el perfil de las cuidadoras autóctonas.

6.4. Criterios de inclusión - exclusión

Criterios de inclusión:

- Cuidadoras inmigrantes y autóctonas, mayores de 18 años.

- Trabajo a tiempo total o parcial como cuidadoras de personas dependientes.
- Conocimiento y manejo fluido del idioma español.
- Consentimiento informado a participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Cuidadores que lleven menos de 2 meses cuidando al paciente.
- Desconocimiento o dificultades en el manejo del idioma español.
- Personas que no quisieron participar en el estudio.

6.5. Descripción de las Variables

VARIABLES EXPLICATIVAS		
SOCIODEMOGRÁFICAS		
Nombre de la variable	Tipo	Instrumento/procedimiento de medición/recogida
Edad	Cuantitativa continua	ANEXO 2 DOCUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS
Nivel de estudios	Cualitativa Nominal	
Idiomas que conoce.	Cualitativa Nominal	
País de procedencia	Cualitativa Nominal	
Ocio	Cualitativa policotómica	
Tiempo de residencia en España	Cuantitativa continua	
Estado civil	Cualitativa policotómica	
Carga familiar	Cuantitativa policotómica	
Estatus de residencia	Cualitativa dicotómica	
VARIABLES DE CONTROL		
Situación laboral	Cualitativa policotómica	ANEXO 2 DOCUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS
Convivencia con la persona cuidada.	Cualitativa dicotómica	
Tiempo en este trabajo	Cuantitativa continua	
Tareas en este trabajo	Cualitativa policotómica	
Tiene otro trabajo	Cualitativa dicotómica	
Horario	Cuantitativa continua	
Salario	Cuantitativa continua	
Días a la semana que trabaja	Cuantitativa continua	

VARIBLES DE RESULTADOS		
Satisfacción vital	Cuantitativa discreta (Escala de Likert del 1 al 5)	ANEXO 3 Escala de DIENNER
Apoyo social	Cuantitativa continua (Escala de Likert del 1 al 5)	ANEXO 3 Escala de Apoyo Social Funcional DUKE-UNC-11
Esfuerzo del cuidador	Cuantitativa continua (Entrevista con 13 preguntas dicotómicas, se puntúan 0 -1)	ANEXO 3 Índice de esfuerzo del cuidador Test diagnóstico de sobrecarga en cuidadores
Satisfacción laboral	Cuantitativa continua	ANEXO 3 Escala de satisfacción laboral WARR, COOK Y WALL
Conocimientos: cuidados a personas dependientes	Test 1 y 2: Cuantitativa continua Test 3: Cuantitativa discreta (Escala de Likert del 1 al 5)	ANEXO 4 Test de conocimientos: 1, 2 y 3.

6.6. Descripción de Instrumentos.

Se ha evaluado el conocimiento actual sobre cuidados a personas dependientes, satisfacción vital, apoyo social, sobrecarga de la cuidadora y satisfacción laboral antes y después de la intervención.

Para evaluar cada variable se han utilizado los siguientes instrumentos:

Variables sociodemográficas y relacionadas con el ámbito laboral: sexo, edad, idioma de origen, años de residencia en España, estado civil, carga familiar, nivel de estudios, estatus de residencia, situación laboral, convive como interna, con la persona cuidada, tiempo en este trabajo, tareas en este trabajo, horario, número de días a la semana, salario, tiene otro trabajo además de ser cuidador, ocio, tiempo libre.

Para estudiar el conocimientos que poseen los cuidadores inmigrantes sobre el cuidado a personas dependientes; se realizó a las cuidadoras un cuestionario de elaboración propia, que se divide en tres partes o bloques de conocimientos: el primer bloque de preguntas (cuestionario 1º), profundizará en el conocimiento de técnicas para los cuidados básicos, que ellas poseen de sus culturas de origen y los conocimientos del cuidado existentes, en la realidad del país de acogida España (nutrición, higiene, ejercicio, conocimientos básicos de manejo de diabetes, hipertensión arterial y dislipemia). Consta de 13 preguntas, evaluadas de 0 a 1 cada respuesta, la máxima puntuación en el cuestionario 1º es 13. Se realiza un análisis de fiabilidad y obtenemos un alfa de Cronbach de 0.68.

Un segundo bloque de preguntas (cuestionario 2º), se centrará en conocer como movilizan a la persona dependiente en cama, para evitar

lesiones en la cuidadora y en la persona cuidada, técnicas de relajación que conocen la cuidadora y conocimientos que tienen acerca de la prevención de enfermedades de transmisión sexual, fundamentalmente del VIH y de planificación familiar. Consta de 8 preguntas, evaluadas de 0 a 1 cada respuesta, la máxima puntuación en el cuestionario 2º es 8.

El tercer bloque de preguntas (cuestionario 3º), se centrará en el conocimiento de habilidades sociales, tanto para la expresión de emociones y sentimientos, como para la resolución de los conflictos que puedan presentarse en el día a día, profundiza en el conocimiento que tienen del barrio en el que viven (los centros de atención al inmigrante tanto del ayuntamiento, como de asociaciones no gubernamentales y asociaciones de vecinos autóctonos). Consta de 8 preguntas, evaluadas mediante una escala con 5 puntos de respuesta, puntuadas de 1 a 5 (de "ninguna" a "muy buena"), la máxima puntuación en el cuestionario 3º es 40.

Otros instrumentos utilizados han sido:

Satisfacción vital. Se utiliza una adaptación al castellano de la escala de satisfacción con la vida (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985; adaptación española de Cabañero, Richard, Orts, Reig, y Tosal, 2004) desarrollada para evaluar el grado de satisfacción que tienen las personas con su vida globalmente considerada. Consta de cinco ítems de

respuesta tipo likert de 1 (nada de acuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Los análisis de este trabajo nos indican que la escala posee un alfa de Crombach de 0.81.

Apoyo social. Para valorar el grado de apoyo social hemos utilizado la escala de Duke-UNC, modificada y validada por Broadhead, (1988). Esta escala incluye 11 ítems, evaluados mediante una escala con 5 puntos de respuesta, puntuadas de 1 a 5 (de "nunca" a "siempre"). Se trata de un cuestionario validado que recoge la opinión del individuo, acerca de la disponibilidad de personas capaces de ofrecer ayuda en las dificultades, así como de facilidades para la relación social y para comunicarse empática y emotivamente. En este estudio hemos utilizados las dos dimensiones (afectivas y confidencial), así como los ítems que la componen en el estudio de Bellon, (1996) y Roure, (2002), que son los que más se asemejan a nuestra muestra de estudio. Se obtiene para la subescala de confidencial un alfa de Cronbach de 0,84; en la de afectiva el alfa de Cronbach es 0.82. Para la escala total de Duke-UNC un alfa de de 0.88.

Índice de esfuerzo del cuidador. La Escala de índice de esfuerzo del cuidador, diseñada para valorar la sobrecarga del cuidador, validada por López (2005) y Moral (2003), es ampliamente utilizada en nuestro medio de trabajo. Cuestionario que consta de 13 ítems con respuesta dicotómica Verdadero – Falso. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo. La

mayor parte de las investigaciones sobre la carga de los cuidadores, utilizan como indicador de este aspecto una única puntuación, se actúa bajo el principio de que el concepto de carga es unidimensional, al igual que nuestro estudio. Se realiza un análisis de fiabilidad y obtenemos un alfa de Cronbach de 0.80.

Satisfacción laboral. Para medir la satisfacción laboral, se ha utilizado la Escala de satisfacción de Warr, Cook y Wall, (1979) dividida en dos subescalas, extrínseca e intrínseca. Subescala de factores intrínsecos: aborda aspectos como el reconocimiento laboral, responsabilidad, promoción, aspectos relativos al contenido de la tarea, etc. Subescala de factores extrínsecos: aborda aspectos relativos a la organización del trabajo como el horario, el salario, las condiciones físicas del trabajo. Se eliminó la pregunta tres: "Tus compañeros de trabajo", porque ninguno de los entrevistados tenían compañeros de trabajos. Es una escala aditiva, en la cual la puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones dados por cada sujeto en cada uno de los 13 ítems, asignando un valor de 1 (Muy insatisfecho) y correlativamente hasta asignar un valor de 7 (Muy satisfecho). Se obtiene para la subescala de factores extrínseca un alfa de Cronbach de 0.84; en la subescala de factores intrínsecos el alfa de Cronbach es 0.83. Para la escala total de Satisfacción laboral un alfa de de 0.89.

6.7. Procedimiento

La intervención comprende las siguientes fases:**a) Evaluación inicial de cuidadoras:**

Antes de la intervención se ha realizado a los cuidadores, los test de conocimiento actual sobre cuidados a personas dependientes (anexo 4), satisfacción vital Diener (1985), apoyo social de Dunk-Unc (Broadhead, 1988; Bellón, 1996), Índice de esfuerzo del cuidador (Moral, 2003; López, 2005), satisfacción laboral Warr (1979), (anexo 3).

b) Intervención:

- Entrega de material educativo de soporte confeccionado para tal fin.
- Educación grupal en el Centro de Salud, a cuidadoras inmigrantes y autóctonas formales e informales, que prestan cuidados en los domicilios a personas incapacitadas.
- Se han formado grupos homogéneos de acuerdo a: tipos de procedencia, origen socio-cultural, edad, nivel de conocimientos previos sobre cuidados, cuidadoras formales e informales y capacidad de aprendizaje.
- Se han formado también grupos heterogéneos de cuidadoras inmigrantes y autóctonas formales e informales (favoreciendo la interacción, diversidad y mejorando la comunicación).
- Los talleres grupales se programaron de 1 hora y 30 minutos de duración, para realizar en 3 sesiones (tres martes seguidos de 17

a 18:30h ó tres Jueves seguidos de 17 a 18:30h, según el centro de salud correspondiente).

- La metodología utilizada es seminario-taller, la temática y los aspectos desarrollados se recogen en el anexo 1.
- Derivación coordinada al médico de familia en aquellos casos de sospecha de problemas relacionados con la salud de la cuidadora o de la persona cuida.

c) Evaluación final de incapacitados, familiares y cuidadoras:

Después de la intervención, se realiza a las cuidadoras los cuestionarios de conocimiento actual sobre cuidados a personas dependientes (anexo 4), satisfacción vital Diener (1985), apoyo social de Dunk-Unc (Broadhead, 1988; Bellón, 1996), Índice de esfuerzo del cuidador (Moral, 2003; López, 2005), satisfacción laboral (Warr, 1979), (anexo 3).

Los resultados de la efectividad de la intervención en las cuidadoras, se evaluaron mediante el cuestionario de conocimientos, que se realizó antes de cada intervención e inmediatamente después (anexo 3).

La recogida de datos se realizó posteriormente a la obtención del consentimiento informado de los participantes, en las dos fases del estudio. El proceso de recogida de datos es estrictamente confidencial y la

participación en el estudio voluntaria. Además se entregó un diploma de participación en el estudio de salud y adquisición de conocimientos, al finalizar el programa de las tres sesiones.

Para la determinación del perfil de las cuidadoras inmigrantes y autóctonas, se ha realizado los cuestionarios que se recogen en la siguiente tabla de variables del estudio.

La intervención grupal con cuidadoras se realizaron en la salas de reuniones, de los C.S. Delicias, Alameda-Perchel y Limonar. Utilizamos las instalaciones y equipamientos propios de los Centros de Salud (ordenador portátil, proyector, etc.).

6.8. Secuencia de actuación.

1º. Para la realización del estudio se elaboraron los cuestionarios de adquisición de conocimientos para la intervención, consentimiento informado, hojas de registro, instrucciones para la realización de la investigación, etc. (Reidl, 2012).

2º. Se solicitó la autorización correspondiente a la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria del Distrito Sanitario Málaga, para realizar el estudio en los de los centros de salud Alameda-Perchel, Limonar, Delicias, Torcal y Puerta Blanca (anexo 5).

3º. Se estableció contacto con las asociaciones de inmigrantes que tenían relación con la población del estudio, presentación del proyecto y establecimiento de los acuerdos de colaboración, para obtener posibles personas mediadoras con la población del estudio, que colaboren en reclutamiento de participantes.

4º. Se ha realizado la presentación del estudio en los centros participantes, se solicitó la colaboración a las enfermeras de los distintos centros de salud nombrados, recordando la necesidad de derivar todos los casos conocidos a la investigadora.

5º. Se han establecido canales de comunicación para mantenerse, tanto el equipo investigador como las asociaciones, mutuamente informados de la marcha del proyecto, así como, a las enfermeras participantes en el estudio de los distintos centros de salud, con apoyo y resolución de dudas o problemas planteados.

6º. Recopilación y revisión de los registros de datos de la primera fase, antes de realizar la intervención.

7º. Reuniones y seguimiento del trabajo de investigación en los centros de salud, así como, realización de los encuentros informativos y

formadores para las personas mediadoras, de la zona del estudio y las asociaciones de inmigrantes para resolución de dudas o problemas planteados.

9º. Recopilación y revisión de los registros de datos. Total de casos válidos 160.

6.9. Análisis de Datos

Para el análisis de datos, se ha realizado un análisis descriptivo de las variables del estudio, los valores de las variables continuas se resumen en una tabla donde se muestran sus correspondientes medias, desviación estándar o medianas según la distribución de la variable sea o no simétrica, rango de valores: máximo y mínimo. Las variables categóricas se presentan en frecuencias absolutas y frecuencias relativas.

Para analizar las diferencias existentes entre pares de grupos de cuidadoras se aplicó la prueba **T de Student** para dos muestras **independientes** en los casos en que se aceptó la condición de normalidad de las variables en cada uno de los grupos, lo que se comprobó mediante el test de Shapiro-Wilk. En los casos en los de que no se pudo aceptar la normalidad, se ha aplicado la correspondiente prueba no paramétrica **U de Mann-Whitney**. En los casos en los que se han obtenido resultados estadísticamente significativos, se han calculado los intervalos de

confianza al 95% de la diferencia, lo que nos ha permitido estimar entre que valores se encuentra la diferencia de valores de estas variables.

Para estudiar la asociación entre pares de variables cualitativas, hemos utilizado la prueba chi-cuadrado. Para estudiar la asociación entre pares de variables numéricas, el coeficiente de correlación de Pearson. Utilizamos el análisis de regresión múltiple, para estudiar la asociación entre múltiples variables numéricas y una dependiente numérica.

Se ha trabajado con un nivel de confianza del 95% considerándose, pues, los valores de p inferiores a 0.05 como estadísticamente significativos (SSPS).

6.10. Aspectos Éticos:

El estudio se realizó respetando los preceptos éticos de la Declaración de Helsinki, las normas de buena práctica clínica y se garantizó la protección y confidencialidad de los datos, mediante el tratamiento anónimo y la segregación de datos personales y variables de estudio.

Se solicitó la autorización correspondiente a la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria del Distrito Sanitario Málaga, referente a lo

establecido en la normativa vigente y legislación nacional e internacional en materia de protección de datos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica (Anexo 5). Se garantizó la solicitud del consentimiento informado a todos los participantes en el estudio (Anexo 6).

El primer contacto se realizó por vía telefónica por parte de los propios investigadores, o a través de la visita domiciliaria que se realizó a la persona dependiente. Los cuidadores que aceptaron participar fueron recibidos en la fecha fijada de la entrevista, en un espacio que aseguró la confidencialidad de la entrevista. La participación voluntaria implicó que los cuidadores participantes, expresaron comprensión y consentimiento de forma oral y escrita, después de haber recibido información suficiente sobre la naturaleza del estudio. Para ello, y previo al desarrollo de la entrevista, los participantes recibieron información por escrito sobre el estudio y una copia del consentimiento informado en lengua castellana.

Posteriormente, aquellos que desearon participar firmaron una copia de dicho documento que se guardó para sí el equipo investigador. Entre otras informaciones, el documento que ellos conservaron tenía un teléfono de contacto del equipo investigador, la identificación y explicación de las estrategias que se hicieron para mantener la confidencialidad de la información compartida, con el equipo investigador (se cambió los nombres u otros datos que podían identificar a las participantes, así como

acuerdos sobre formas de conversión y encriptación de la información de contacto obtenida con los participantes con status irregular de manera que se aseguró la protección de su identidad y localización). Se garantizó en todo momento la confidencialidad de los datos y el uso exclusivamente científico de los mismos. Así mismo, se les informo que podía abandonar el estudio cuando quisieran, sin tener que dar explicaciones, sin que esto repercutiera en sus cuidados o atención sanitaria. Se creó una base de datos, donde se recogieron de manera separada, los datos personales de los datos clínicos.

Capítulo 7 **Resultados.**

Contenido

- 7.1. Estudio descriptivo general
- 7.2. Estudio analítico de los resultados de la intervención
- 7.3. Estudio analítico análisis de las correlaciones
- 7.4. Modelo predictivo (Regresión) de satisfacción vital

7. RESULTADOS

Los resultados del estudio los mostramos, comenzando por el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas.

7.1. Estudio descriptivo general

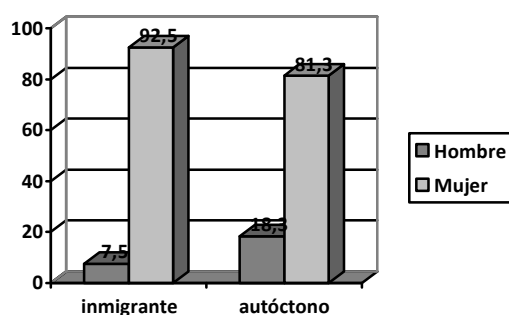
7.1.1. Variables sociodemográficas

En total de participantes son 160 cuidadores, de los que 80 son inmigrantes y 80 autóctonos.

A) Sexo

Perfil de los participantes: El 92,5%(74) de cuidadores inmigrantes fueron mujeres. Mientras que en la población autóctona el 81,25% (65) de cuidadores fueron mujeres.

Grafico1. Sexo.



B) Edad

La edad media del cuidador inmigrante es de $40,62 \pm 0,14$ años, (DE: 11,19) y del cuidador autóctono $56,16 \pm 0,18$ años (DE: 14,42). La diferencia entre ambos grupos es estadísticamente significativa ($p < 0,001$) (Tabla 1).

La edad media entre hombres y mujeres era similar, estratificado por ser inmigrante o autóctono (Tabla1).

Tabla 1. Edad y Sexo del cuidador inmigrante y autóctono.

		N	Mínimo	Máximo	Media
Hombre	Inmigra	6	35	47	41,33
	Autóctono	15	20	82	48,93
Mujer	Inmigra	74	19	71	40,57
	Autóctono	65	29	85	57,83

C) País de procedencia.

En los cuidadores inmigrantes de nuestro estudio, el 86,3% latinoamericanas, el 10% de Países del Este de Europa, de 3,7% Europa (Portugal y Holanda).

Tabla 2. País procedencia cuidador inmigrante

		%(n)
Válidos	Paraguay	23,7(19)
	Uruguay	5(4)
	Colombia	18,7(15)
	Argentina	15(12)
	Bolivia	8,7(7)
	Rusia	1,2(1)
	Ucrania	7,5(6)
	Portugal	2,5(2)
	Rumania	1,2(1)
	Ecuador	6,2(5)
	Perú	5(4)
	Venezuela	3,7(3)
	Holanda	1(1)
	Total	100(80)

D) Idioma que hablan los cuidadores inmigrantes.

Respecto al idioma que hablan los inmigrantes el 86,25% habla castellano, ucraniano el 7,50%, ruso 1,25%, rumano 1,25%, portugués 2,50% y 1,25% holandés y todos ellos expresan que sus motivaciones para emigrar son económicas.

E) Nivel de estudios.

En cuanto al nivel de estudios había diferencias a favor de un mayor nivel de estudios entre los cuidadores inmigrantes ($p=0,002$). Véase tabla 3.

Tabla 3. Nivel de estudios.

Variable	Inmigrante	Autóctono	p.valor
	%(n)	%(n)	
Si estudios	2,5(2)	18,7(15)	0.002**
Primarios	26,2(21)	35(28)	
Secundarios	57,5(46)	36,5(29)	
Universitarios	13,7(11)	10(8)	

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre nivel de estudios y el género, en inmigrantes y autóctonos.

F) Estado civil

El 66,7% de los cuidadores inmigrantes varones, vivían con su pareja, frente al cuidador varón autóctono que estaban casados en un 40%. La cuidadora autóctona, estaba casada el 73,8% de los casos, diferenciándose de la cuidadora inmigrante, que en la mayoría de los casos vive en pareja en un 43,2% (Tabla 4).

No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, entre inmigrantes y autóctonos.

Tabla 4. Estado civil

sexo		% (n)	
	sexo		% (n)
inmigrante	Hombre	soltero	16,7(1)
		casado	16,7(1)
		con pareja	66,7(4)
		Total	100(6)
	Mujer	soltera	16,2(12)
separada		17,6(13)	
casada		21,6(16)	
viuda		1,4(1)	
con pareja		43,2(32)	
	Total	100(74)	
Autóctono	Hombre	soltero	33,3(5)
		separado	20(3)
		casado	40(6)
		con pareja	6,7(1)
		Total	100(15)
	Mujer	soltera	4,6(3)
		separada	12,3(8)
		casada	73,8(48)
		viuda	7,7(5)
		con pareja	1,5(1)
	Total	100(65)	

G) Hijos en otros países, en España, en su país de origen y familiares en España y en su país de origen.

En cuanto a las diferencias entre cuidadores autóctonos e inmigrantes fueron significativas en relación a pareja e hijos con los que conviven en España y familiares en España, queda reflejado en la Tabla 5.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, entre inmigrantes y autóctonos.

Tabla 5. Hijos y familiares del cuidador, de su país de origen y en España

Variable	Inmigrantes	Autóctonos	p.valor
	%(n)	%(n)	
Hijos en otros países	23,7(19)	31,2(25)	ns
Hijos en España convive	47,5(38)	70(56)	0,006**
Familiares en España	31,2(25)	87,5(70)	<0,001***
Familiares en su país (padres, hermanos, etc)	91,2(73)	5(4)	<0,001***
Pareja/hijos convive España	50(40)	76,2(61)	0,001**

H) Amigos en su país de origen, en España y en otros países de cuidadores autóctonos e inmigrantes por sexo.

La cuidadora inmigrante tenía amigos españoles el 66,6(50), de amigos de su país de origen de 86,5(64) y amigos de otros países 74,3(55). La cuidadora autóctona presentó amigos españoles en un 75,4(49) para amigos de otros países obtuvieron un 24,6(16).

El cuidador inmigrante varón tenía amigos españoles el 66,7(4), de amigos de su país de origen de 83,3(5) y amigos de otros países 66,7 (4). El cuidador autóctono presentó amigos españoles en un 93,3(14), para amigos de otros países obtuvieron un 13,3(2) (Grafico 4).

En cuanto a las diferencias entre cuidadores autóctonos e inmigrantes, fueron significativos en relación a amigos españoles y de otros países, queda reflejado en la Tabla 6.

Tabla 6. Amigos Españoles, amigos de otros países y país de origen

Variable	Inmigrantes	Autóctonos	p. valor
	%(n)	%(n)	
amigos españoles	67,5(54)	79,7(63)	ns
amigos de otros países	75(60)	22,8(18)	0,000**

I) convive con la persona cuidada (PC) o vive solo.

La cuidadora autóctona convive con la PC en el 60% (39) de los casos, frente a la cuidadora inmigrante que convive con PC en un 29,7% (22). Los cuidadores autóctonos varones conviven con la PC 80% (12), frente a los cuidadores inmigrantes varones que ninguno conviven con PC. Los cuidadores inmigrantes y autóctonos que viven solos, no presentaron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 7).

Tabla 7. Convivencia del cuidador inmigrante y autóctono.

Variable	Inmigrante	Autóctono	p.valor
	%(n)	%(n)	
Vive solo	32,5(26)	28,7(23)	ns
Convive con persona cuidada	27,5(22)	63,7(51)	<0,001***

J) Parentesco con la persona cuidada del cuidador autóctono teniendo en cuenta el género del cuidador.

El cuidador autóctono tiene parentesco con la persona cuidada el 98,36% (60).

La cuidadora autóctona mujer cuida a su madre en 55,4% (36) de los casos, de su padre en un 6,2% (4), de su cónyuge en un 29,2% (19), de su hermana 3,1% (2), de su hermano 3,1% (2) y otros (como amigas) 1,5%(2).

El cuidador autóctono varón cuida de su madre en un 40% (6), de su padre en un 26,7% (4) y de su cónyuge 33,3% (5).

K) Género persona cuidada (PC).

La persona cuidada es mujer en el 63,75% (51) de las ocasiones.

7.1.2. Características laborales del cuidador inmigrante y autóctono:

A) Estancia media en España y regularización administrativa

La estancia media en España es 5,66 años (DE: 4,78). Se encuentran en situación administrativa regularizada el 60,75%(51). En relación al género del cuidador inmigrante varón, la media de estancia en años es de 4,41 años (DE: 2,20) y la media de residencia en España de la cuidadora inmigrante mujer es de 5,76(DE: 4,92).

En cuanto a la regularización administrativa, los cuidadores varones inmigrantes están regularizados administrativamente (tienen papeles)

50%(3) y la mujer inmigrante cuidadora, tiene regularizada su estatus de residencia una media de 64,9%(48)

B) Ley de autonomía personal (conocida como ley de dependencia).

El total de nuestra población entrevistada de cuidadores autóctonos e inmigrantes, confirman que 43,8%(70) tienen la ley de autonomía concedida, el 35%(56) no la tiene concedida y el 21,3%(34) no lo sabe. En cuanto a la diferencia de conocimiento que presentan ambos grupos de cuidadores sobre la concesión de la ley, queda reflejado en la tabla (Tabla 8).

Tabla 8. Ley de autonomía personal

Variable	Inmigrante	Autóctono	p.valor
	% (n)	%(n)	
Concedida Ley autonomía	55(44)	32,5(26)	<0,001***
No Concedida Ley autonomía	2,5(2)	67,5 (54)	
No sabe si tiene Ley autonomía	42,5(34)	0,0(0)	

C) El tiempo que llevan como cuidadores inmigrantes y autóctonos.

Los cuidadores inmigrantes llevaban una media de 1,86 años (DE: 1,89) y los cuidadores autóctonos 2,68 años (DE: 2,19), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p=0,013$).

La variable *tiempo en este trabajo* por sexo y por ser o no inmigrante, se describe en la tabla 9.

Tabla 9. Tiempo en este trabajo: cuidador hombre o mujer inmigrante o autóctono

sexo	inmigrante	N	Míni	Máx	Media	Desv. típ.
Hombre	si	6	0,02	2,0	0,73	0,76
	no	15	0,40	9	2,18	2,79
Mujer	si	74	0,02	8,0	1,95	1,92
	no	65	0,11	8,0	2,79	2,02

D) Horas de trabajo

La media de horas en el trabajo del cuidador inmigrante es de 9,31 (DE: 7,90) y del cuidador autóctono es de 13,78 (DE: 9,78), es estadísticamente significativo ($p= 0,013$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo.

E) Días de trabajo a la semana

El número de días a la semana de media que trabajan las cuidadoras inmigrantes en los domicilios es de $5,53 \pm 0,02$ (DE: 1,31),

frente a 7 ± 0.05 (DE: 3,97), días de media que trabaja el cuidador autóctono. Fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$) la diferencias de días que trabajan cuidadores inmigrantes y autóctonos. No se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo.

F) Salario

La media del salario que cobra el cuidador inmigrante es $593,05\pm 2,44$ (DE: 192,44) euros, presentando una gran variabilidad desde el que cobra 200 euros, hasta el que cobra 1000; Para el cuidador autóctono la media de salario es $193\pm 2,69$ (DE: 215,06) euros y presenta también variabilidad, desde el que no cobra nada, hasta el que cobra 500 euros, siendo estadísticamente significativa la diferencia entre ambos cuidadores ($p < 0,001$).

No se observo diferencias estadísticamente significativas por sexo.

G) Contratos de trabajo.

El cuidador inmigrante trabajó sin contrato el 57,5% (46), cabe destacar que el cuidador autóctono estaba en paro el 32,5% (26).

La variable *contratos de trabajo* por sexo y por ser o no inmigrante, se describe en la tabla 10.

Tabla 10. Contratos de trabajo

sexo	Frecuencia		%(n)
Hombre	Inmigrante	con contrato	33,3 (2)
		sin contrato	66,7 (4)
		Total	100(6)
	Autóctono	con contrato	20(3)
		en paro	60(9)
		jubilada	20(3)
Total		100(15)	
Mujer	Inmigrante	con contrato	29,7(22)
		sin contrato	56,8(42)
		autónomo	1,4(1)
		seguro E.hogar	12,2(9)
		Total	100(74)
	Autóctona	con contrato	15,4(10)
		autónoma	1,5(1)
		en paro	26,2(17)
		jubilada	21,5(14)
		ama casa	35,4(23)
Total	100(65)		

H) Otros trabajos.

El 30%(24) de los cuidadores inmigrantes tenía además otro trabajo, frente al 20%(16) de los cuidadores autóctonos, no siendo significativa la diferencia entre ambos.

La variable *otro trabajo* por sexo y por ser o no inmigrante, se describe en la tabla 11.

Tabla 11. Otros trabajos.

	Inmigrante	otro trabajo	%(n)
inmigrante	Hombre	si	33,3(2)
		no	66,7(4)
		Total	100(6)
Autóctono	Hombre	si	26,7(4)
		no	73,3(11)
		Total	100(15)
inmigrante	Mujer	si	29,7(22)
		no	70,3(52)
		Total	100(74)
Autóctona	Mujer	si	18,5(12)
		no	81,5(53)
		Total	100(65)

7.1.3. Características del trabajo que realizan el cuidador inmigrante y autóctono, por sexo:

A) Realiza limpieza

El Cuidador inmigrante, el 91,25%(73), realizó tareas de limpieza, el 63,75%(51) de los cuidadores autóctonos realiza tareas de limpieza, siendo la diferencia entre ambos cuidadores estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

La variable realiza limpieza por sexo y por ser o no inmigrante, se describe en la tabla 12.

Tabla 12. Cuidadores que realizan limpieza.

sexo	inmigrante		%(n)
Hombre	si	si	50(3)
		no	50(3)
		Total	100(6)
	no	si	40(6)
		no	60(9)
		Total	100(15)
Mujer	si	si	94(70)
		no	5,4(4)
		Total	100(74)
	no	si	69,2(45)
		no	30,8(20)
		Total	100(65)

B) Realiza necesidades básicas

El 95%(76) realiza necesidades básicas, frente al 85% (68) del cuidador autóctono, no siendo significativa la diferencia entre ambos. La variable *realiza necesidades básicas* por sexo y por ser o no inmigrante, se describe en la tabla 13.

Tabla 13. Necesidades Básicas.

Sexo	inmigrante		%(n)
Hombre	si	si	100(6)
		no	80(12)
	no	si	20(3)
		Total	100(15)
Mujer	si	si	94,6(70)
		no	5,4(4)
		Total	100(74)
	no	si	86,2(56)
		no	13,8(9)
		Total	100(65)

c) Da medicación y realiza curas.

El Cuidador inmigrante administro medicación y realizó curas en el 61,25%(49). El cuidador autóctono realizó curas y administro medicación en el 63,75%(51), no siendo la diferencia entre ambos cuidadores estadísticamente significativa.

La variable *da medicación y realiza curas* por sexo y por ser o no inmigrante, se describe en la tabla 14.

Tabla 14. Administra tratamiento y realiza curas.

sexo	inmigrante		%(n)
Hombre	si	si	33,3(2)
		no	66,7(4)
		Total	100(6)
	no	si	46,7(7)
		no	53,3(8)
		Total	100(15)
Mujer	si	si	63,5(47)
		no	36,5(27)
		Total	100(74)
	no	si	67,7(44)
		no	32,3(21)
		Total	100(65)

D) Actividad de pasear y vigilar.

Los cuidadores inmigrantes realizaron actividades de acompañamiento pasear y vigilar, en el 92,50%(74). Los cuidadores autóctono realizaron actividades de acompañamiento pasear y vigilar, en el 86,25%(69), no siendo la diferencia entre ambos cuidadores estadísticamente significativa.

La variable *pasear y vigilar* por sexo y por ser o no inmigrante, se describe en la tabla 15.

Tabla 15. Frecuencia. Entretener, pasear, vigilar y entretener

sexo	inmigrante		%(n)
Hombre	si	si	100(6)
	no	si	86,7(13)
		no	13,3(2)
	Total		100(15)
Mujer	si	si	91,9(68)
		no	8,1(6)
		Total	100(74)
	no	si	86,2(56)
		no	1,83(9)
		Total	100(65)

E) Actividad de acompañar a médico y compra.

Los cuidadores inmigrantes realizaron actividades de acompañar al médico y compra con un porcentaje de 60%(48), frente a los cuidadores

autóctonos que lo hicieron en un 93,75%(75), siendo la diferencia entre ambos cuidadores estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

La variable *acompañar al médico y compra* por sexo y por ser o no inmigrante, se describe en la tabla 16.

Tabla 16. Acompañar al médico y compra

sexo	inmigrante		Frecuencia
Hombre	si	si	33,3(2)
		no	66,7(4)
		Total	100(6)
	no	si	93,3(14)
		no	6,7(1)
		Total	100(15)
Mujer	si	si	62,2(46)
		no	37,8(28)
		Total	100(74)
	no	si	93,8(61)
		no	6,2(4)
		Total	100(65)

7.1.4. Características del ocio y tiempo libre, que realizan el cuidador inmigrante y autóctono, por género:

El análisis descriptivo, con respecto a la variable de ocio y tiempo libre, nos mostró las distintas formas de entretenimiento del tiempo libre, que presentaron ambos cuidadores.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre cuidadores inmigrantes y autóctonos, excepto en las modalidades de ocio que exponemos a continuación.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo, en ninguna modalidad de tiempo libre.

A) Cine y Leer

El cuidador inmigrante fue más al cine y leía en un porcentaje de 21,25%(17), respecto al cuidador autóctono que realizó lo mismo en un 5%(4), siendo la diferencia entre ambos cuidadores estadísticamente significativa ($p= 0,005$).

B) Ocio y tiempo libre con los amigos.

Los cuidadores inmigrantes realizaron actividades de ocio y tiempo libre con los amigos el 56,25%(45) respecto a al 15%(12) del cuidadores autóctono, siendo la diferencia entre ambos cuidadores estadísticamente significativa ($p<0,001$). Véase tabla 17.

Tabla 17. Características de ocio y tiempo libre del cuidador inmigrante y autóctono

Variable	Inmigrante %(n)	Autóctono %(n)	p.valor
Teatro/baila	10,00(8)	3,75(3)	ns
Cine/leer	21,25(17)	5,00(4)	0,005**
Manualidad.	10,00(8)	3,75(3)	ns
Deporte.	43,75(35)	60,00(48)	ns
Estudiar.	11,25(9)	11,25(9)	ns
Ocio con amigos.	56,25(45)	15,00(12)	<0,001***

7.1.5. Diferencias obtenidas en variable de satisfacción vital con la vida de Diener, apoyo social de Duke-Unc, índice de esfuerzo del cuidador (ICE) y satisfacción con el trabajo de Warr, del cuidador inmigrante y autóctono, antes de la intervención:

El análisis descriptivo nos mostró las variable de satisfacción vital con la vida de Diener, apoyo social de Duke-Unc, índice de esfuerzo del cuidador (ICE) y satisfacción con el trabajo de Warr, antes de la intervención, que presentaron ambos cuidadores.

A) variables de satisfacción con la vida de Diener y felicidad

Antes de la intervención, la media del cuidador inmigrante que presentó satisfacción vital de Diener fue de $16,05 \pm 0,05$ y felicidad de $3,35 \pm 0,12$, no siendo significativa la diferencia con el cuidador autóctono en satisfacción vital, que fue de $16,26 \pm 0,04$ y felicidad de $3,43 \pm 0,09$. Es decir ambos cuidadores presentaron una satisfacción vital y felicidad similares, tampoco se apreció diferencia significativa por sexo.

B) variables de apoyo social de Duke-Unc

La variable de apoyo social del cuidador inmigrante, obtuvo una media de $39,96 \pm 0,96$ y la media de apoyo social del cuidador autóctono fue de $34,29 \pm 0,83$. Se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) con el cuidador inmigrante en el apoyo social de Duke-Unc. El cuidador inmigrante presentó más apoyo social, que el cuidador autóctono, en nuestro estudio. No se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo.

C) variables del Índice del esfuerzo del cuidador (ICE)

En cambio, se observó que el índice de esfuerzo del cuidador inmigrante obtuvo una media de $17,75 \pm 0,28$, frente al cuidador autóctono cuya media fue $20,28 \pm 0,19$. El cuidador autóctono presentó más elevado el índice de esfuerzo del cuidador, siendo estadísticamente significativa su diferencia ($p < 0,001$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo.

D) variables de satisfacción con el trabajo de Warr

Observamos en los resultados que se obtuvieron en el cuidador inmigrante de satisfacción con el trabajo que realizaron de Warr, una media de $58,95 \pm 1,68$ y el autóctono en un $53,73 \pm 1,92$ siendo la diferencia entre ambos cuidadores estadísticamente significativa

($p=0,043$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo.

7.1.6. Diferencias obtenidas en variables de conocimientos del cuidador inmigrante y autóctono, antes de la intervención:

A) test conocimientos1 (test1).

En este test se exploran técnicas para los cuidados básicos con la persona cuidada (PC) (conocimientos sobre el cuidado a personas dependientes alimentación adecuada, niveles de glucemias y de tensión arterial, etc.).

Observamos que el cuidador inmigrante presentó una media en el test de conocimientos1 de $5,17\pm 0,26$, frente a la media de cuidadores autóctonos que fue de $4,73\pm 0,29$, no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos cuidadores. No se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo.

A) test conocimientos2 (test2)

El test de conocimiento2, se exploró: realización de movilización adecuada de la PC en cama para evitar lesiones en la cuidadora y en PC, técnicas de relajación y conocimientos que tenían acerca de la prevención

de enfermedades de transmisión sexual, fundamentalmente del VIH y de planificación familiar.

Observamos que el cuidador inmigrante presentó una media en el test de conocimientos² de $6,22 \pm 0,19$, frente a la media de cuidadores autóctonos que fue de $5,94 \pm 0,25$, prácticamente no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos cuidadores. No se observó diferencias estadísticamente significativas por sexo.

D) test conocimiento³ (test³)

En este test conocimiento³ se exploró: el conocimiento de habilidades sociales, profundiza en el conocimiento que tienen del barrio en el que viven (los centros de atención al inmigrante tanto del ayuntamiento como de asociaciones no gubernamentales y asociaciones de vecinos autóctonos).

En cambio si hemos encontrado diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) en el test de conocimientos³, donde se aprecia que el cuidador inmigrante obtiene una media de $25,33 \pm 0,72$, respecto al cuidador autóctono que solo alcanza una media de $17,51 \pm 0,52$. No se observó diferencias estadísticamente significativas por sexo.

A continuación mostramos en la tabla 18, un resumen de las variables de conocimiento de los tres cuestionarios, antes de la intervención, que obtuvieron los cuidadores inmigrantes y autóctonos.

Tabla 18. Resultados obtenidas en variables de conocimientos del cuidador inmigrante y autóctono, antes de la intervención.

	Inmigrante	Autóctono	
Variable	Media±EE(DE)	Media±EE(DE)	p.valor
test1	5,18±0,03 (DE 2,35)	4,73±0,03 (DE 2,64)	ns
test2	6,22±0,02 (DE 1,79)	5,95±0,03 (DE 2,26)	ns
test3	25,34±0,08 (DE 6,46)	17,51±0,06 (DE 4,64)	<0,001***

7.2. Estudio analítico de los resultados de la intervención.

Una vez realizado el análisis descriptivo, mostramos a continuación el contraste de diferencias en las variables de resultado, en los grupos control y experimental, usando pruebas paramétricas t-student y pruebas de homogeneidad de distribución chi-cuadrado.

7.2.1 Variables de resultados de conocimiento de salud en los grupos de intervención y control.

A) Respecto al resultado: conocimiento sobre la salud test de Conocimientos1 (test1).

En el test1, observamos que el cambio de puntuación medio en el grupo de control fue de $-0,26 \pm 0,25$ y en el grupo de intervención fue de

5,44±0,19. La diferencia del cambio fue significativa 5,70±0,32 ($p<0,001$). En el grupo intervención los individuos presentaron una mejoría. Esta mejoría no estaba asociada a ser o no inmigrante o el sexo.

B) Respecto al resultado: conocimiento sobre la salud test de Conocimientos2 (test2).

En el test2, observamos que el cambio de puntuación medio en el grupo de control fue de -0,24±0,20 y en el grupo de intervención fue de 1,82±0,24. La diferencia del cambio fue significativa 2,06±0,20 ($p<0,001$). En el grupo intervención los individuos presentaron una mejoría.

II) Resultados de diferencias de la efectividad de la intervención en cuidadores inmigrantes y autóctonos de conocimiento sobre la salud test de Conocimientos2 (test2) y sexo.

Observamos que el cambio de puntuación medio en el grupo Intervención de cuidadores inmigrantes fue de 1,23±0,26 y la diferencia de medias de cuidadores autóctonos del grupo intervención, fue de 2,45±0,40. La diferencia del cambio fue significativa -1,22±0,47 ($p<0,012$).

Esta mejoría estaba asociada en el caso de test de conocimientos 2, a ser o no inmigrante, pero no se encontró cambios estadísticamente significativos asociados al sexo.

C) Respecto al resultado: conocimiento sobre la salud test de Conocimientos3 (test3).

En el test3, observamos que el cambio de puntuación medio en el grupo de control fue de $-0,13 \pm 0,44$ y en el grupo de intervención fue de $6,92 \pm 0,77$, La diferencia del cambio fue significativa $7,05 \pm 0,87$ ($p < 0,001$). En el grupo intervención los individuos presentaron una mejoría. Esta mejoría no estaba asociada a ser o no inmigrante o el sexo.

7.2.2 Variables de resultados de satisfacción con la vida de Diener, Felicidad, apoyo social de Duke, variable del Índice del esfuerzo del cuidador ICE y satisfacción con el trabajo de Warr, en los grupos de intervención y control.

A) Respecto al resultado: conocimiento de la variable de satisfacción con la vida de Diener

I) Resultados de diferencias entre grupo control y grupo intervención de satisfacción con la vida (SV).

En el test de satisfacción con la vida (SV), observamos que el cambio de puntuación medio en el grupo de control fue de $-0,34 \pm 0,15$ y la media del grupo de intervención fue de $0,62 \pm 0,25$. La diferencia del cambio fue significativa $0,97 \pm 0,28$ ($p < 0,001$). En el grupo intervención los individuos presentaron una mejoría.

II) Resultados de diferencias de la efectividad de la intervención en cuidadores inmigrantes y autóctonos de satisfacción con la vida (SV) y sexo.

Observamos que el cambio de puntuación medio en el grupo Intervención de cuidadores inmigrantes fue de $1,52 \pm 0,28$ y la diferencia de medias de cuidadores autóctonos del grupo intervención fue de $-0,18 \pm 0,35$, La diferencia del cambio fue significativa $1,71 \pm 0,46$ ($p < 0,001$). Esta mejoría estaba asociada en el caso de Satisfacción Vital a ser o no inmigrante, pero no se encontró cambios estadísticamente significativos asociados al sexo.

B) Respecto al resultado: conocimiento de la variable de Felicidad.

Resultados de diferencias entre grupo control y grupo intervención de felicidad, entre inmigrantes y autóctono y sexo.

En el test de felicidad observamos que el cambio de puntuación medio en el grupo de control fue de $-0,01 \pm 0,04$ y la media del grupo de intervención fue de $-0,01 \pm 0,06$. La diferencia del cambio no fue significativa.

En el grupo intervención los individuos presentaron una mejoría. Esta mejoría no estaba asociada a ser o no inmigrante o el sexo.

C) Respecto al resultado: conocimiento de la variable de Apoyo social de Duke-Unc.

I) Resultados de diferencias entre grupo control y grupo intervención, entre inmigrantes/autóctono y sexo de la variable de Apoyo Social de DUKE-UNC.

En la variable de apoyo social (AS), observamos que el cambio de puntuación medio en el grupo de control fue de $-1,01 \pm 0,32$ y la media del grupo de intervención fue de $1,59 \pm 0,50$. La diferencia del cambio fue significativa $2,60 \pm 0,60$ ($p < 0,001$).

En el grupo intervención los individuos presentaron una mejoría. Esta mejoría no estaba asociada a ser o no inmigrante o el sexo.

D) Respecto al resultado: conocimiento de la variable del Índice del esfuerzo del cuidador (IEC).

I) Resultados de diferencias entre grupo control y grupo intervención la variable del Índice del esfuerzo del cuidador (IEC).

En el test de satisfacción con la vida (IEC) observamos que el cambio de puntuación medio en el grupo de control fue de $0,42 \pm 0,12$ y la media del grupo de intervención fue de $-0,59 \pm 0,20$. La diferencia del cambio fue significativa $-1,02 \pm 0,24$ ($p < 0,001$). En el grupo intervención los individuos presentaron una mejoría.

II) Resultados de diferencias de la efectividad de la intervención en cuidadores inmigrantes y autóctonos de Índice del esfuerzo del cuidador (IEC) y sexo.

Observamos que el cambio de puntuación medio en el grupo Intervención de cuidadores inmigrantes fue de $-1,17 \pm 0,32$ y la diferencia de medias de cuidadores autóctonos del grupo intervención fue de $-0,07 \pm 0,24$. La diferencia del cambio fue significativa $-1,09 \pm 0,40$ ($p < 0,008$).

Esta mejoría estaba asociada en el caso de índice de esfuerzo del cuidador a ser o no inmigrante, pero no se encontró cambios estadísticamente significativos asociados al sexo.

E) Respecto al resultado: conocimiento de la variable de satisfacción con el trabajo de Warr

I) Resultados de diferencias entre grupo control y grupo intervención la variable de Satisfacción con el Trabajo de Warr

En el test de satisfacción con el trabajo (SW), observamos que el cambio de puntuación medio en el grupo de control fue de $-1,87 \pm 0,53$ y la media del grupo de intervención fue de $0,71 \pm 1,21$. La diferencia del cambio fue significativa $2,59 \pm 1,21$ ($p < 0,046$). En el grupo intervención los individuos presentaron una mejoría.

II) Resultados de diferencias de la efectividad de la intervención en cuidadores inmigrantes y autóctonos de de Satisfacción con el Trabajo (SW) y sexo.

Observamos que el cambio de puntuación medio en el grupo Intervención de cuidadores inmigrantes fue de $3,26 \pm 1,72$ y la diferencia de medias de cuidadores autóctonos del grupo intervención fue de $-1,22 \pm 1,62$. La diferencia del cambio fue significativa $4,88 \pm 2,36$ ($p < 0,043$).

Esta mejoría estaba asociada en el caso de satisfacción laboral, a ser o no inmigrante, pero no se encontró cambios estadísticamente significativos asociados al sexo.

7.3. Estudio analítico análisis de las correlaciones.

El análisis de las correlaciones muestra que la satisfacción vital correlaciona significativamente con felicidad, apoyo social, satisfacción laboral, conocimientos del test 3 (mide el test 3, conocimientos de redes de apoyos de barrio en el que viven, asociaciones de vecinos, redes de apoyo como páginas web, familiares o amigos con los que cuenta) y la satisfacción vital también correlaciona significativamente a la inversa con horas de trabajo. Véase la tabla 19

Tabla 19. Correlaciones satisfacción vital (SV)

	Apoyo Social	Felicidad	Satisfacción laboral	Conocimiento3	Horas de trabajo
SV. Correlación de Pearson	0,492**	0,455**	0,392**	0,190*	-0,244**

El apoyo social correlaciona significativamente con satisfacción laboral, felicidad, satisfacción con la vida y conocimientos de los test 1 y 3 (que mide, el test 1, los conocimiento que tienen las cuidadoras de los cuidados a la persona dependiente y test 3, conocimientos de redes de apoyos de barrio en el que viven, asociaciones de vecinos, redes de apoyo como páginas web, familiares o amigos con los que cuenta). Véase tabla 20.

Tabla 20. Correlaciones Apoyo social (AS)

	felicidad	Satisfacción laboral	Conocimiento 1	Conocimiento 3	Satisfacción Con la vida
AS. Correlación de Pearson	0,197*	0,411**	0,313**	0,280**	0,492**

El índice de esfuerzo del cuidador correlaciona de forma significativa a la inversa con: satisfacción vital, salario al mes, conocimientos 1 (el test 1 mide los conocimientos que tienen las cuidadoras de los cuidados a la persona dependiente) y correlaciona directamente con años de residencia en España. Véase la tabla 21.

Tabla 21. Correlaciones Índice Esfuerzo del Cuidador(IEC)

	Satisfacción Con la vida	Conocimiento 1	Años reside España	salario/mes
dIEC Correlación de Pearson	-0,250**	-0,201*	0,183*	-0,214**

7.4. Modelo predictivo (Regresión) de satisfacción vital.

Al objeto de predecir la satisfacción vital a partir de las variables de apoyo social, felicidad, índice de esfuerzo del cuidador y satisfacción laboral, realizamos un análisis de regresión.

Hemos realizado la regresión lineal obteniendo un R^2 corregida igual a 0,417, es decir, que el 41,7% de la satisfacción vital se predice por las cuatro variables de felicidad, apoyo social (AS), satisfacción con el trabajo (SW) y el índice del esfuerzo del cuidador (IEC). La variable felicidad predice el 24,6% de la variable de satisfacción vital, representada en la tabla 22.

Tabla 22. Regresión lineal Satisfacción vital.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	0,12	0,11		1,03	0,301
felicidad	1,20	0,24	0,33	4,88	0,000
AS	0,16	0,03	0,34	4,78	0,000
SW	0,03	0,01	0,15	2,11	0,036
IEC	-0,21	0,07	-0,17	-2,69	0,008

a. Variable dependiente: satisfacción con la vida (SV)

Capítulo 8 **Discusión.**

8. DISCUSIÓN

En este capítulo se realizará una discusión de los resultados obtenidos en el presente estudio. Además, se discutirán estos hallazgos con los encontrados en estudios similares, con el fin de llegar a una mejor interpretación de los resultados.

Para facilitar la comprensión y siguiendo la estructura planteada, la discusión de los resultados se presenta respecto a los objetivos establecidos para este estudio.

8.1. Objetivo general: *Conocer el impacto sobre las cuidadoras (CIA) que tiene una intervención educativa en Atención Primaria, mediante la evaluación de indicadores del índice de esfuerzo del rol del cuidador, su satisfacción vital, felicidad, satisfacción laboral, apoyo social recibido y conocimientos adquiridos en el manejo de la persona dependiente.*

Con respecto al objetivo general, a través de este trabajo se ha pretendido valorar la eficacia diferencial de una intervención grupal, frente a un grupo control en el que no se realiza ninguna intervención grupal.

La novedad de este estudio se centra en la evaluación de los conocimientos de las cuidadoras, hasta ahora en la búsqueda bibliográfica

realizada, inciden en la necesidad de formación como Gallart (2007), Martínez, et al (2009) y Casado et al, (2009), inciden en la urgencia de formación de las cuidadoras, pero pocos estudios, evalúan el nivel de conocimientos que poseen las cuidadoras respecto al cuidado de personas dependientes. En el test de conocimientos-1 las cuidadoras de nuestro estudio, parten de una media de conocimientos de 4,90 es decir, presentan escasos conocimientos sobre nutrición, ejercicio, conocimientos básicos de manejo de diabetes, hipertensión arterial y dislipemia, que generalmente padecen las personas mayores dependientes a las que están cuidando, llegando a adquirir una media de 10,65 después de la intervención, no habiendo cambios significativos en el grupo control.

Con respecto al test de conocimientos 2 su media fue 5,80 antes de la intervención de de los cuidadores no tiene conocimientos adecuados sobre enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar, no saben movilizar al enfermo encamado adecuadamente y no conocen técnicas de relajación, después de la intervención su media sube a 7,81 y se mantiene sin cambios significativos en el grupo control.

El test de conocimiento-3 su media fue de 21,37 no sabe donde se encuentran los centros de atención al inmigrante tanto del ayuntamiento como de asociaciones no gubernamentales del barrio en el que viven y no cuentan con personas a las que contarles sus problemas, después de la

intervención 27,75 y se mantiene sin cambios significativos en el grupo control.

Pensamos que es necesario constatar las necesidades reales de adquisición de conocimientos expresadas por ellas mismas (las cuidadoras). El estudio de Gutiérrez y Nieto (2007), obtiene de los talleres realizados con cuidadoras inmigrantes, la mejora de los cuidados prestados y la contribución de los talleres a crear redes de apoyo e integración sociolaboral de las participantes; Similares resultados se obtuvieron en el estudio en Chicago con cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer (Paun, 2014).

Encontramos resultados similares a los hallados por otros estudios, la intervención grupal tiene un efecto positivo en el cuidador (Losada, 2006). En nuestro estudio se evidenció un aumento significativo de Satisfacción vital con la vida en el grupo intervención su diferencia de media subió casi 1 punto frente a los que no realizaron intervención que incluso bajó en -0,34 puntos, lo que coincide con varios estudios (Lewis, DiGiacomo, Luckett, Davidson, Currow, 2013), donde las personas asignadas a la condición de entrenamiento manifiestan mayor nivel de bienestar que quienes eligieron la condición de no entrenamiento. En el estudio de Cerezo (2009), las mujeres con cáncer de mama que recibió terapia mejoraron en bienestar personal, control de emociones negativas y el grupo control no.

En el mismo sentido obtenemos puntuaciones antes de realizar la intervención, la media de apoyo social estuvo en 37,16, en el grupo intervención la media tras la intervención se elevó a 39,04 con el apoyo social percibido y se mantuvo en los niveles iniciales de antes de la intervención en el grupo control, igual que ocurre en los estudios de González (2009) y Oureta (2011), la incorporación a un programa de intervención en atención primaria de personas dependientes repercute positivamente sobre su cuidador principal, mejorando su percepción sobre la asistencia recibida, reduciendo su utilización de los servicios sanitarios, disminuyendo el grado de sobrecarga y su percepción de falta de apoyo social.

En cuanto a la sobrecarga del cuidador su diferencia de media bajo casi 1 punto frente a los que no realizaron intervención que incluso subió en 0,42, es decir al bajar el índice de esfuerzo del cuidador desciende el cansancio del cuidador o el riesgo de padecer ese cansancio., coincidiendo con los estudios de Zabalegui (2008), Corbalán (2013) y Logsdon (2014). Los Factores influyentes en disminuir la sobrecarga pueden ser: mayor conocimiento acerca de las patologías (Rosso, 2013), validación del rol de cuidador, de su carga emocional (Bohórquez, 2011). El contacto con otros cuidadores y la generación de redes influye positivamente (Gallart, 2007; Manso, 2013).

Según Savedra (2013), al disminuir la sobrecarga, ayuda a mejorar la calidad de vida en el componente de salud mental el cuidador de pacientes dependientes y especialmente en demencias. Todos estos factores impactan en la vida familiar y en la demanda sobre el sistema de salud (Gómez y Fuster, 2014). Estas intervenciones son de bajo coste y pueden ser llevadas a cabo por equipos de Atención Primaria en Andalucía con profesionales referentes, las Enfermeras de Práctica Avanzada y especialmente la Enfermera de Gestión de Casos (Morales, 2014) .

En cuanto a la satisfacción con el trabajo la diferencias de medias si es significativa en el grupo control respecto al grupo intervención en nuestro estudio, según el estudio de De Miguel (2011), las intervenciones que aumentan la satisfacción con el trabajo deben incluir el seguimiento de un programa de ejercicio físico sistematizado y controlado, esto si, tiene una influencia positiva sobre la productividad y satisfacción laboral y el bienestar. Los trabajadores insatisfechos, manifiestan con mayor frecuencia síntomas ansiosos y depresivos (Newbury, 2001; Wieclaw, 2005), si a esto añadimos la condición de cuidadoras doblemente tienden a presentar índices más elevados de depresión y ansiedad que la población no cuidadora (Losada, 2006), quizás deberíamos plantearnos otro tipo de intervenciones con las cuidadoras que contemplen el fenómeno de forma integral y holística, es decir a la cuidadora en su entorno familiar y/o cultural, en su condición de inmigrante o autóctona en su rol de cuidadora (genero) contratada o no, en su condición de exclusión social/económica o no, adaptando las intervenciones a las circunstancias individuales y a la

vez a los contextos familiares donde pueden surgir problemas de sobrecarga del cuidador y las consecuencias negativas que todo ello conlleva para la salud familiar, del cuidador y persona dependiente (Lykens, et al., 2014; Stjernswärd & Hansson , 2014).

Respecto a la felicidad los resultados obtenidos antes y después de la intervención, no presentaron cambios significativos, ni en grupo control ni en grupo intervención, resultados similares si se compara con mujeres embarazadas de Cabañero, (2004) y en estudiantes universitarios de Moreno, Vallejo y Ríos, (2009). Refiriéndonos a la felicidad podemos decir que en distintas disciplinas de Ciencias de la Salud y especialmente en psicología es tema de interés. Se han propuesto diversas teorías que intentan explicar su influencia sobre el bienestar personal. De este modo, es posible encontrar desde planteamientos que se centran en la satisfacción de necesidades a otros que plantean la importancia del flujo psíquico como medio de controlar nuestras vidas. Este hecho resulta coherente con la dificultad de poder analizar una dimensión del ser humano con un componente subjetivo tan importante y relacionada además con otras muchas áreas vitales (Moyano, 2007).

8.2. Objetivo específico número uno: *Describir las características sociodemográficas y laborales de la población de estudio.*

Para ello empezamos por el perfil de los cuidadores inmigrantes, de nuestra investigación nos presenta que el 92,5% son mujeres, de unos 40 años de edad, de origen latinoamericano en el 88% de Países del Este el 10% y de Portugal el 2%. Es difícil analizar si nuestros datos son representativos, ya que no existe un censo por países de cuidadores inmigrantes. Este perfil de cuidadoras latinoamericanas, es similar al descrito en otros estudios de cuidadores en Sevilla (Casado, Ruiz y Solano, 2009). Y posteriormente, otro estudio realizado con cuidadores inmigrantes en Barcelona (Gallart, Cruz y Zabalegui, 2013). La encuesta realizada por el IMSERSO en el año 2005, a 200 empleadas de hogar que trabajan en el cuidado de personas mayores, señala que el 85% de las cuidadoras extranjeras procedían de Latinoamérica. Los resultados del trabajo de campo efectuado en A Coruña y Pamplona, confirman estas cifras (Martínez, 2009) entre ellas, la nacionalidad mayoritaria es la ecuatoriana agrupando al 37,5%. Sin embargo, en Italia los cuidadores inmigrantes mayoritariamente provienen de países del este europeo (Rosa et al., 2008). El 43,2% de las cuidadoras inmigrantes viven en pareja y un 47,3% tienen hijos, es decir, tienen carga familiar y 57,50 tiene estudios secundarios al igual que ocurre en el estudio de García, (2004) y Zabalegui (2007).

El perfil de la cuidadora autóctona de nuestro estudio, coincide con el de la inmigrante en que la mayoría son mujeres en un 81.25% y de unos 56 años de edad, estudio que coincide con una reciente revisión de meta-análisis en United States, para resumir la efectividad

de intervenciones en la sobrecarga del cuidador, (Adelman, Tmanova, Delgado, Dion & Lachs, 2014). Algo superior fue el porcentaje de feminidad alcanzado en las cuidadoras de zonas rurales de Segovia, del 84.1% (Manso, Sánchez y Cuellar, 2013). Una media de edad que oscila entre 16 a 20 años mayor que la cuidadora inmigrante. La cuidadora autóctona estaba casada en el 73% y convive con pareja e hijos en el 81% de los casos. Se dedica principalmente a las tareas del hogar, tenía predominantemente estudios primarios, es cuidadora principal de su madre en 55% de los casos y casi siempre única cuidadora de su cónyuge en un 29%. Similares resultados quedan constatados en estudios españoles (Delgado, 2013) diferentes estudios de nuestro país vecino Portugal (Guedes y Pereira, 2013) y Brasil (Nardi, Sawada y Santos, 2013).

La distribución por nivel de formación alcanzado revela, en términos generales, un nivel de estudios elevados en comparación con la población española de cuidadores. Más de la mitad de los extranjeros han finalizado secundaria y el 13,75% cuenta con estudios universitarios, frente al 36,2% de los autóctonos con estudios secundarios y el 10% cuenta con estudios universitarios. Tenemos que tener en cuenta que nuestros cuidadores tienen una media de edad de 57 años y son mujeres, que les toco vivir una marcada diferencia de género a favor del sexo masculino, donde la mujer no tenía que estudiar, había sido creada para cuidar de su prole y su casa (Libro Blanco de la dependencia. 2005). Nuestros datos son inferiores a los datos de Gallart (2007), en el que disponen de

estudios universitarios acabados el 18.18%; en cambio, en este mismo estudio, los datos reflejan que tienen estudios secundarios acabados el 25%, porcentaje inferior al obtenido en nuestro estudio, que presenta estudios secundarios el 57,5%, datos que son más próximos a otro estudio (López, 2004), que indican que el 53,6% tiene estudios secundarios y el 15% universitarios. Según Solé (2009), la población extranjera tiene estudios secundarios acabados el 54.96%, frente al 43.07% de la población española, y presenta estudios universitarios el 19.27% de la población extranjera, frente al 23.67% de la población española.

El cuidador inmigrante convive con su conyugue e hijos en un 47%, los cuidadores autóctonos lo hacen en un 80% de los casos y un 29% de los cuidadores inmigrantes convive con la persona cuidada, frente al 60% de los cuidadores autóctonos (familiares). Estos datos son mayores a los datos de Pereda, (2006) y Gallart, (2007) en el que convive con su conyugue un 39% de los casos, con sus hijos en un 32% y conviven con la persona cuidada el 16.36%. El estudio de Rinaldi (2005), indica que el 78% de los cuidadores informales (familiares) conviven con la persona cuidada y Pajares (2010), obtiene que un 53% de los cuidadores formales conviven con la persona cuidada, mientras en nuestra investigación las cuidadoras formales (remuneradas) inmigrantes es solo del 28%, así parece que el cuidador inmigrante convive con la persona cuidada mucho menos que el cuidador informal (familiar autóctono).

En cuanto a las características laborales de las cuidadoras inmigrantes y autóctonas, observamos que la media de estancia en España fue de 5,6 años y el 52% residen en España hace 5 años. Coinciden con los datos de Ortiz, (2005) que lo sitúan entre 1 a 4 años y los datos de Gallart (2007), donde la media de estancia en Cataluña es de 4 años y el 75% reside en Cataluña hace 5 años.

El 58% trabaja sin contrato como cuidador, el 30% con contrato y un 11% poseen Régimen Especial de Empleados del Hogar. Según Berjano (2004) el 82,50% de los inmigrantes irregulares buscan su actividad laboral a través actividades domésticas y cuidando a ancianos y según el Ministerio de Trabajo en el año 2005, el 59% estaba en situación regularizada y el 20% estaba tramitando los papeles.

Sorprende observar que aun, con la aprobación del Decreto-ley 29/2012, de 28 de diciembre, de mejora de gestión y protección social en el Sistema Especial para Empleados de Hogar y otras medidas de carácter económico y social (BOE de 31 de diciembre de 2012), que impone sanciones para los empleadores que no den de alta a las empleadas del hogar o cuidadoras, como el 58% de la población total encuestada de cuidadores inmigrantes, tienen papeles y aún así trabajan con contrato solo el 30% de ellos. Se observa una situación similar en el estudio de López (2004), donde analiza el grupo de no regularizados y prácticamente el cien por ciento de los encuestados, continúan trabajando

sin contrato, mientras en el grupo regularizado sólo lo hace el 17% del total (el 28% de las mujeres y el 9% de los hombres).

En nuestro estudio, las horas de trabajo que realizaron las cuidadoras inmigrante fue de 9h/diarias y la cuidadora autóctona familiar que trabaja una media de 13h/diarias. Con resultados bastante similares Martin, (2010), ya que un 35,50% trabaja más de 8/h al día y también indican jornadas largas, Losada (2004), con un promedio de horas de trabajo de 11,90h/día por parte de las cuidadoras familiares.

Los empleadores que tienen concedida la ley de autonomía tienen cuidadores inmigrantes en un 55%, esto coincide con los datos ofrecido por Instituto de mayores y servicios sociales (Rogeró, 2009) comenta la alta relación existente entre el mercado laboral, la dependencia, los cuidadores formales (remunerados) e informales (familiares) y la ley de autonomía personal.

La media del salario que cobran los inmigrantes cuidadores es de 600 euros en nuestro estudio y los cuidadores autóctonos (familiares es igual a cuidadores informales) la media que cobran, por la ley de autonomía personal fue de 200 euros. En diversos estudios (Kotsadam, 2012; Van Houtven, Coe & Skira, 2013) se pone de manifiesto que los costes de cuidados informales deben ser considerados como muy importantes, al hacer políticas sobre el diseño y la financiación de los

programas públicos de cuidados a largo plazo. Resultados bastante similares se obtienen en Rodríguez (2010). Así, el sueldo en régimen de interna se sitúa entre los 600 y los 700 euros mensuales, cuando las inmigrantes están recién llegadas, con menos experiencia e información. Las cuidadoras externas por horas y las internas de fin de semana son las trabajadoras que menos ingresan mensualmente por sus tareas de cuidados (aproximadamente 470 y 400 euros, respectivamente), mientras las cuidadoras que más ingresan son las externas a jornada completa, con 1.000 euros como promedio. En el informe Fundación Leone Moressa (2010) sobre las condiciones de trabajo de los extranjeros en Italia, (Basándose sobre datos del Instituto Estadístico Nacional, del tercer trimestre de 2009), la mayoría de los inmigrantes son empleadas de hogar o cuidadoras. El sector de la asistencia al cuidado de personas mayores es poco retribuido (799 euros). Con una brecha salarial entre cuidadoras inmigrantes de casi un tercio (-27,8%) con respecto a las italianas autóctonas. Aun así parece que cobran de 100 a 200 euros más que en nuestro país según Martínez (2009) y Rodríguez (2010).

En nuestro estudio, realizan cuidados básicos, ayudando en las actividades de la vida diaria, el 95% de los cuidadores inmigrantes y el 85% de los cuidadores autóctonos (familiares). También acompañan a salir caminando, entretienen a la persona mayor y la vigilan el 92,5% y el 86,2% de los cuidadores autóctonos. Limpian la casa, preparan la comida y lavan la ropa 91% y el 63,7% de los autóctonos. Dan tratamiento y realiza actividades sanitarias: limpiar heridas, cambiar vendajes,

administrar enemas, preparación y provisión de medicamentos el 61,25% y el 63,75%. Además de cuidar a la persona mayor, realizan actividades domésticas, obtienen resultados muy similares Gallart (2007). También son similares los del estudio de Rogero (2009), donde las cuidadoras entrevistadas realizaron alguna de las actividades domésticas en un 100%. Un dato relevante es el porcentaje tan elevado, que los diferentes estudios constatan de los cuidados sanitarios que proporcionan las cuidadoras inmigrantes, en muchos casos (Gallart, 2007) el 45% de las cuidadoras, reconocen que sus estudios no están adecuados al trabajo que realizan. Esta situación no solo es grave para los cuidadores, sino también para las personas mayores a las que cuidan y por tanto la administración debería regular estos cuidados. También en un estudio en Alemania con cuidadores turcos, donde se describe el déficit de conocimientos de cuidadores de pacientes crónicos dependientes (Ulusoy & Grässel, 2010).

El 30% de los cuidadores inmigrantes tiene otro trabajo, el 20% de los cuidadores autóctonos, tiene otro trabajo. Nuestros datos son muy similares a los de Martín (2010) que indica que un 82% no tiene otro trabajo y el 18% tiene otros trabajos.

En nuestro estudio el cuidador inmigrante y autóctono dedica su tiempo libre y ocio a diversas actividades como andar, nadar o practicar algún deporte, ir al cine, leer, estudiar (cursillos de informática, español, inglés, qué imparte el ayuntamiento para inmigrantes) y/o realizar

talleres. En el estudio de López (2005) se asoció "la satisfacción con el cuidado" entre otros factores, con el "tiempo de ocio" que mantenían los cuidadores, aún cuidando a sus mayores dependientes. En diferentes estudios como Gallart (2007) y Martín (2010), se observa que aquellas cuidadoras inmigrantes que tienen largas jornadas, se encuentran insatisfechas con su uso del tiempo libre. Las entrevistadas afirman de modo bastante común que uno de los requisitos que debe cumplir el sector de los cuidados a mayores para asegurar su permanencia en el mismo es, precisamente, la posibilidad de que se pueda disfrutar de más tiempo libre, momentos para descansar, desconectar y hacer otras cosas que no sea cuidar a otras personas. En la bibliografía consultada, no hemos encontrado estudios que indiquen qué actividades, realizan las cuidadoras inmigrantes en su tiempo de ocio y si ocupar su tiempo libre con alguna actividad beneficia a las cuidadoras inmigrantes. Sin embargo estudios como el de Moyano (2007), sostienen que para algunas personas el ocio suele ser más importante que el trabajo, y contribuye a que las personas se sientan más felices. Este mismo estudio obtiene que, cuando se les pregunta a los encuestados cuáles son las fuentes de felicidad, responden convergente e independientemente de sus ocupaciones, que la familia es su primera fuente de felicidad, seguida por el trabajo, el ocio y finalmente los amigos. Por lo tanto sería interesante realizar estudios que contemplen al cuidador/a inmigrante con una visión holística de la persona y su entorno. Nos estamos dedicando a realizar estudios por parcelas acotadas, sobre el trabajo que realizan, el tiempo que dedican al trabajo, de cuantificarlos cuantos están irregulares, su salud, etc. Con lo que corremos

el riesgo de no contemplar la realidad completa de la persona cuidadora e inmigrante, en ese momento de su vida.

En nuestra investigación tienen amigos españoles el 68% de los cuidadores inmigrantes y el 80% de los cuidadores familiares autóctonos. Amigos de otros países el 75% de los inmigrantes y el 23% de los cuidadores familiares autóctonos. Amigos de su país de origen el 85% de los cuidadores inmigrantes. A esta última pregunta no contestaron los autóctonos puestos que ya estaban recogidos dentro de amigos españoles. Mantener relaciones sociales y tener amigos del país de acogida es una de las características determinadas como fundamentales para estar integrados en el país de acogida.

8.3. Objetivo específico número dos: *Determinar las diferencias existentes entre hombres y mujeres cuidadores inmigrantes/autóctonos en la percepción de satisfacción vital, apoyo social, sobrecarga del cuidador, satisfacción laboral y conocimientos adquiridos.*

Respecto a la variable de satisfacción vital en el post-test, los individuos presentaron una mejoría con respecto al pre-test. Esta mejoría estaba asociada en el caso de Satisfacción Vital a ser o no inmigrante, pero no se encontró cambios estadísticamente significativos asociados al sexo, similares resultados se encontraron en el estudio realizado en

Alemania por Haumann, Bellin & Gräske (2013), que obtuvieron los siguientes resultados: en cuidadores domiciliarios, no hubo diferencias entre la satisfacción con el trabajo y la satisfacción con la vida, entre, sexo, estado civil, o edad. En cambio en el estudio realizado en Polonia, si que se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres, en calidad de vida y satisfacción con la vida (Van Damme, 2012).

Respecto a la variable de apoyo social en nuestro estudio en el post-test los individuos presentaron una mejoría con respecto al pre-test. Esta mejoría no estaba asociada a ser o no inmigrante o el sexo, resultados similares se obtienen en Atlanta (EEUU), en el estudio de Dalmida (2013), donde no existen diferencias significativas entre sexo, satisfacción con la vida y apoyo social, pero si existe en relación al sexo con la depresión en personas con VIH. Si encontramos diferencias significativas en estudiantes de secundaria, en apoyo social entre niñas y niños de 13 a 16 años, siendo las niñas quien más apoyo social buscan y tienen entre iguales (Zuralska & Sein, 2013).

Respecto al Índice de esfuerzo del cuidador (IEC), en el post-test los individuos presentaron una mejoría con respecto al pre-test. Esta mejoría estaba asociada en el caso de IEC a ser o no inmigrante, es decir los inmigrantes presentaban menor sobrecarga (Pagani, 2013), pero no se encontraron cambios estadísticamente significativos asociados al sexo,

similares resultados en los estudios (Verbeek, et al., 2012; Gallart, et al., 2013).

Estos datos indican que casi 4 de cada 10 cuidadores se ven afectados por la sobrecarga, no obstante el 62% no sufre sobrecarga. La discrepancia entre estos resultados y los expuestos por la mayoría de los autores es amplia. En López (2009), el 66.4%% de los cuidadores presentaban sobrecarga y para González (2009), el 55.51% de los cuidadores presentaban sobrecarga. Pensamos que la diferencia puede estar en la edad media de los cuidadores, hemos observado que en ambos estudios oscila entre 57,6 años y 51 años respectivamente, eran además cuidadores familiares como nuestros cuidadores autóctonos y presentan la misma sobrecarga. En nuestro estudio la media de edad de la población de cuidadoras inmigrantes estudiada estaba aproximadamente en 40 años, edad que es similar a la población de estudio de Lara (2008), que es de 38 años, presentando solo sobrecarga el 31,7% de sus cuidadoras, datos similares a los de sobrecarga de nuestras cuidadoras inmigrantes. Esta conclusión queda constatada en la revisión de evidencias sobre cuidadores informales de personas mayores de 65 años de Zabalegui (2007), donde expone que la edad del cuidador influye en el riesgo de sufrir sobrecarga, además de la presión emocional del parentesco entre otros factores.

Respecto a la satisfacción con el trabajo en el post-test los individuos presentaron una mejoría con respecto al pre-test. Esta mejoría

no estaba asociada a ser o no inmigrante o el sexo, resultados que coincide con los de otros autores (Van Damme , 2012; Haumann , 2013;).

En cuanto a los test de conocimientos 1, 2 y 3, en el post-test los individuos presentaron una mejoría con respecto al pre-test. Esta mejoría no estaba asociada a ser o no inmigrante o el sexo, resultados que son similares a Losada (2006) y Arango (2014).

8.4. Objetivo específico número tres: *Establecer la influencia de la sobrecarga del cuidador, satisfacción laboral y apoyo social sobre la satisfacción vital de las cuidadoras.*

Para ello se analizaron primero las correlaciones entre dichas variables y en segundo lugar se analizaron las variables predictivas de satisfacción vital.

En nuestro estudio la satisfacción vital correlaciona significativamente a la inversa con carga del cuidador, igual que ocurrió en el estudio de Arango (2014) y con felicidad, en el estudio de Van Campen (2013) donde, el resultado de que la combinación de cuidado con el empleo o voluntariado remunerado se relaciona con mayores índices de felicidad confirma el bienestar subjetivo o satisfacción con la vida. Leigh (2014), los infelices o con bajo optimismo tras un síndrome coronario

agudo, tienen un mayor riesgo de depresión y peor salud física y debe ser el objetivo de las intervenciones grupales, los crónicos y sus cuidadores.

La satisfacción vital también correlacionó en nuestro estudio significativamente con apoyo social, con familiares en España y parentesco y test3 (que mide los conocimiento que tienen las cuidadoras de los centros de atención al inmigrante tanto del ayuntamiento, como de asociaciones no gubernamentales y asociaciones de vecinos del barrio en el que viven y redes de apoyo como páginas web, familiares o amigos con los que cuentan), estas correlaciones coinciden con el estudio de Domínguez y Hombrados (2012) que obtuvieron que el apoyo emocional de la familia y el apoyo instrumental de la población y asociaciones eran los mejores predictores de felicidad. Similares resultados obtuvieron en Kaufman Kosberg, Leeper & Tang, (2010), donde además de correlacionar la satisfacción con la vida con el apoyo social correlacionó, también, con la sobrecarga del cuidador, como ocurre también en nuestro estudio. Satisfacción vital y su correlación con horas de trabajo es a la inversa, es decir, las jornadas más largas en el trabajo bajan la satisfacción laboral y satisfacción vital, igual sucede en el estudio de Yiengprugsawan, Somboonsook, Seubsman & Sleigh (2012).

En nuestro estudio correlaciona el apoyo social con amigos de su país y con el ocio y tiempo libre, igual ocurre en el estudio de Von Känel (2013), donde hubo relación inversa entre total de ocio, apoyo social y

factor de necrosis tumoral. También obtuvieron resultados similares en el estudio de Runci, Eppingstall, Van der Ploeg & O'Connor, (2014) de ancianos institucionalizados en Australia, y familiares donde tuvieron en cuenta etnocuidados con programas de actividades de ocio y correlacionó positivamente el apoyo social percibido, con las actividades de ocio.

El apoyo social también correlaciona en nuestro estudio, con las medidas de promoción de la salud, adquiridas en la intervención, al igual que en los estudios de Braden (2012) y Hurvitz (2013), las medidas de promoción de la salud y la autoeficacia se asociaron positivamente con la percepción del estado de salud mental, la satisfacción vital y apoyo social participativo.

El apoyo social en nuestro estudio correlaciona con satisfacción vital, pero no correlaciona con el índice de esfuerzo del cuidador, igual ocurre con Odriozola, Vita, Maiz, Zialtzeta & Bengoetxea (2008), sin embargo en el estudio de Kaufman, et al., (2010) el apoyo social, sobrecarga del cuidador y satisfacción vital correlacionan significativamente.

La satisfacción con el trabajo correlaciona con el apoyo social, con felicidad y satisfacción con la vida, nos encontramos con que los cuidadores en general están satisfechos con el trabajo y los compañeros de trabajo y están menos satisfechos con las oportunidades de promoción, superiores y salario. Estos resultados son similares en el

estudio de Castle, Degenholtz & Rosen (2006), donde además la importancia, a que los cuidadores que perciben la calidad óptima de los cuidados que dan, presentaron una mayor satisfacción en el trabajo que los que no lo hacen. En el estudio Yiengprugsawan, et al., (2012), los dominios de apoyo social y satisfacción con la vida correlacionada con felicidad.

La satisfacción con el trabajo y felicidad correlacionaron significativamente, igual que en el estudio de Olsson, (2013), donde una encuesta de satisfacción con el trabajo, en las tres áreas urbanas más grandes de Suecia, muestran que la satisfacción con el trabajo correlaciona positivamente con felicidad.

El índice de esfuerzo del cuidador en nuestro estudio correlacionó de forma significativa con: satisfacción vital, años de residencia en España, igual que en el estudio de Gallart (2007). Correlacionó a la inversa con parejas e hijos parejas e hijos con los que convive en España coincidiendo con la agravación de la sobrecarga al presentar doble trabajo como cuidadora en el hogar de su propia familia y en el cuidado a mayores (Zabalegui, et al., 2014; Abdollahpour, Nedjat, Noroozian, Salimi & Majdzadeh, 2014) Correlacionó a la inversa con el salario, es decir, a menor sueldo más aumenta la sobrecarga (Martín, 2010; Yiengprugsawan, et al., 2012). También, correlacionó a la inversa con las medidas de promoción de la salud, adquiridas en la intervención, es decir, al adquirir

más conocimientos en promoción y prevención de la salud presentaban menor sobrecarga.

Respecto a las variables predictivas de satisfacción vital. En nuestro estudio igual que en el estudio de Mhaoláin, et al., (2012), la felicidad se predice por la satisfacción vital. Otros estudios (Ní Mhaoláin, et al., 2012; Hitz, et al., 2013) describen que el estado mental y emocional de las personas mayores, así como su participación en la actividad física, son predictivas de satisfacción vital y envejecimiento exitoso.

Coincidiendo con nuestro estudio, en el estudio de Yiengprugsawan (2012), la satisfacción vital se predice por las variables de felicidad y apoyo social.

En nuestro estudio, igual que en el estudio de Olsson (2013), la satisfacción con el trabajo era un predictor de satisfacción vital y felicidad.

La Satisfacción vital se predice por sobrecarga del cuidador en nuestro estudio y en Athay (2012), que el agotamiento del cuidador era un predictor parcial de la satisfacción vital.

Capítulo 9 **Limitaciones del Estudio.**

9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Existen diferentes aspectos de este trabajo que pueden limitar su validez tanto interna como externa.

En primer lugar, aunque el tamaño de la muestra del estudio puede considerarse aceptable, siendo esto aplicable al tamaño de la muestra de mujeres, no puede asegurarse lo mismo con respecto al tamaño de la muestra de hombres. Es un hecho constatado (Yonte, 2010) la dificultad de acceso a hombres cuidadores, así como la escasez de hombres cuidadores en número respecto a mujeres cuidadoras, para la realización de estudios de investigación.

La muestra de este estudio es de conveniencia. No ha sido seleccionada aleatoriamente a partir de la población general, por lo que puede que, aunque sus características sociodemográficas sean similares en conjunto a muestras obtenidas a través de procedimientos aleatorios, véase, por ejemplo, INSERSO (1995), no se vean reflejados de forma proporcional los diferentes grupos de población presentes en la población general.

En segundo lugar, los instrumentos de evaluación utilizados (satisfacción vital, apoyo social, índice de esfuerzo del cuidador y satisfacción laboral) recogen la percepción subjetiva de los participantes,

por lo que los resultados obtenidos pueden estar sujetos a variaciones relativas, al grado de objetividad de tales percepciones. Esto nos lleva a hipotetizar que en algunos casos, ciertos cuidadoras pueden contestar lo que es deseable socialmente (no enfadarse y dedicarse al cuidado de buen grado), cuando esto es posible que no sea su respuesta real habitual. De la misma forma, se sospecha que en algunos casos puede ser deseable por parte de los cuidadores informar de que no están estresados o deprimidos.

Este estudio solo evalúa a los participantes antes y después de la intervención, por lo que no puede afirmarse si el conocimiento así como las variables medidas de satisfacción vital, apoyo social, índice de esfuerzo del cuidador y satisfacción laboral, se mantienen igual en el tiempo.

En tercer lugar, la reticencias para acceder a realizar una entrevista por parte de algunos cuidadores autóctonos y cuidadores inmigrantes, muchos de ellos en situación de sin papeles, manifestaron reticencias importantes no sólo a "contar" sus problemas sino a la utilizado en investigación. Ante este hecho hemos presentado el consentimiento informado como una garantía de confidencialidad del participante en el estudio, en el que se hizo constar el compromiso de la investigadora entrevistadora de guardar el anonimato y la posibilidad de decidir, en cualquier momento retirarse de la investigación.

Capítulo 10

Conclusiones y Prospectiva.

10.1. CONCLUSIONES

A la luz del estudio empírico desarrollado, ante los resultados obtenidos en la investigación realizada y remitiéndonos a los objetivos planteados, llegamos a las siguientes conclusiones:

Objetivos específicos:

1. En el primer objetivo nos proponíamos: *Conocer las características sociodemográficas de las cuidadoras-cuidadores inmigrantes y autóctonos de los centros de salud.*

• Respecto a la Cuidadora Inmigrante:

- El perfil de la cuidadora inmigrante es en el 92,5% de los casos mujer, de 40 años, latinoamericana el 88%, con estudios secundarios el 57,5%.
- La estancia media en España es de 5,6 años, vive en pareja el 43,2%, convive con la persona cuidada el 29%.
- En cuanto a sus condiciones de trabajo el 30% tiene contrato con una media de 9 horas diarias de trabajo y un salario de 600 euros al mes.
- Entre los Cuidados sanitarios que proporcionan las cuidadoras inmigrantes en el 61,25% de los casos están: limpiar heridas, cambiar vendajes, administrar enemas, preparación y provisión de medicamentos.

- Cuentan con amigos españoles el 68%, con amigos de otros países el 75% y de su país de origen el 85%. El 56,25% de las cuidadoras inmigrantes dedican tiempo al ocio y lo comparten con los amigos.
- El cuidador inmigrante presentó más apoyo social, satisfacción laboral y menos sobrecarga del cuidador que el cuidador autóctono, en nuestro estudio antes de la intervención.

• **Respecto a la Cuidadora Autóctona:**

- El perfil de la Cuidadora Autóctona es mujer el 81,25%, con una media de 56 años de edad, estudios secundarios el 36,2% y casada en el 73% de los casos.
- Convive con la persona cuidada el 60%, trabajan una media de 13 horas diarias y el salario medio que cobran por la ley de autonomía personal, es de 200 euros al mes.
- Los Cuidados sanitarios que proporcionan las Cuidadoras Autóctonas en el 63,75% de los casos es: limpiar heridas, cambiar vendajes, administrar enemas, preparación y provisión de medicamentos.
- Cuentan con amigos españoles el 80% y amigos de otros países el 23%. El 15% de las cuidadoras autóctonas dedican tiempo al ocio y lo comparten con los amigos.

2. El segundo objetivo responde a: *Determinar las diferencias existentes entre hombres y mujeres cuidadores inmigrantes/autóctonos en la percepción de satisfacción vital, felicidad, apoyo social, sobrecarga del cuidador, satisfacción laboral y conocimientos adquiridos.*

- En cuanto a los test de conocimientos, en el post-test los individuos presentaron una mejoría con respecto al pre-test. Esta mejoría no estaba asociada a ser o no inmigrante o al género.
- En la percepción de satisfacción con la vida e índice de esfuerzo del cuidador y satisfacción laboral, en el post-test los individuos presentaron una mejoría con respecto al pre-test. Esta mejoría estaba asociada a ser o no inmigrante, pero no se encontraron cambios estadísticamente significativos asociados al género. El cuidador inmigrante presentó más satisfacción vital, más satisfacción laboral y menos cansancio del cuidador.
- En la percepción de felicidad y apoyo social, en el post-test los individuos presentaron una mejoría con respecto al pre-test. Esta mejoría no estaba asociada a ser o no inmigrante o al género.

3. El tercer objetivo pretende: *Establecer la influencia de la sobrecarga del cuidador, felicidad, satisfacción laboral y apoyo social, sobre la satisfacción vital de las cuidadoras.*

**Exploradas las Correlaciones entre las variables,
encontramos que:**

- Satisfacción vital correlaciona significativamente con felicidad, apoyo social, satisfacción laboral y conocimientos del test 3.
- El apoyo social correlaciona significativamente satisfacción laboral, felicidad, satisfacción con la vida y conocimientos de los test 1 y 3.
- El índice de esfuerzo del cuidador correlaciona de forma significativa con satisfacción vital, test1, y el salario.

Respecto a los predictores de satisfacción vital.

- El 41,7% de la satisfacción vital se predice por las cuatro variables de felicidad, apoyo social (AS), satisfacción con el trabajo (SW) y el índice del esfuerzo del cuidador (IEC). La variable felicidad predice el 24.6% de la variable de satisfacción vital.

Finalmente **El Objetivo general** es Conocer el impacto sobre las cuidadoras (CIA) que tiene una intervención educativa en Atención Primaria, mediante la evaluación de indicadores del índice de esfuerzo del rol del cuidador, su satisfacción vital, felicidad, satisfacción laboral, apoyo social recibido y conocimientos adquiridos en el manejo de la persona dependiente.

Concluimos en relación al objetivo general que:

La evaluación de los indicadores en satisfacción vital, satisfacción laboral, índice de esfuerzo del cuidador, apoyo social recibido y conocimientos adquiridos en el manejo de la persona dependiente después de la intervención, presentaron cambios significativos en el grupo intervención, excepto el indicador de evaluación de felicidad, en el que, aun existiendo mejores resultados en el post test, estos resultados no fueron significativos en el grupo intervención.

10.2. PROSPECTIVA

Aunque en la mayoría de los casos las cuidadoras no disponen de tiempo para acudir a este tipo de programas, debido a que tienen que estar la mayor parte del tiempo con familiares, los estudios futuros deben valorar si la eficacia de estos programas sobre el estado emocional de las cuidadoras, es significativamente superior cuando se realizan programas multimodales (intervención directa e indirecta sobre emociones de los cuidadores, " talleres picoeducativos", de conocimiento sobre el cuidado, acompañados de servicios de respiro, ayuda económica, ejercicio físico, etc.).

Son necesarios otro tipo de estudios, los estudios longitudinales permitirían dilucidar en qué momento del proceso del cuidado aparecen y/o actúan el cansancio del cuidador, cuanto perdura el conocimiento sin necesitar nueva intervención, etc. Los estudios cualitativos nos ofrecerán información concreta sobre múltiples aspectos, que difícilmente se pueden recoger a través de cuestionarios, como las experiencias vitales, la percepción y emociones de la persona cuidadora.

También es importante reforzar los sistemas de estadísticas vitales, e incorporar análisis de género en las publicaciones, así como en la investigación; Priorizar las diferencias de género tanto en los diseños de investigación, como en la recolección de datos para mejorar las estadísticas de morbilidad y cronicidad, tanto en la persona dependiente

como en sus cuidadoras; Mejorar la recolección de datos sobre el acceso a los servicios de salud, con prioridad especial en el colectivo inmigrante, por su situación de sin papeles o incluso de precariedad laboral, que actualmente con la crisis se extiende también a colectivos autóctonos.

Sería interesante realizar estudios que nos permita evaluar la intervención con las nuevas tecnologías y adaptándolas a las diferentes necesidades de aprendizaje de la población y mantenerlas en el tiempo. Estudios de costo/efectividad de intervenciones en Internet para los cuidadores con escaso tiempo para acudir a las sesiones. La formación en web, puede ser una herramienta útil y fácilmente evaluable, para conseguir un equilibrio en salud, bienestar psicológico, trabajo y vida.

Capítulo 11

Bibliografía

11. BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, A., Esparza, C., Pérez, J., (2011). Evaluación y estructura de la población en situación de dependencia. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1), 43-67.
- Abdollahpour, I., Nedjat, S., Noroozian, M., Salimi, Y., Majdzadeh, R., (2014) Caregiver Burden: The Strongest Predictor of Self-Rated Health in Caregivers of Patients With Dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2014 Mar 10. [Epub ahead of print]PMID:24614200[PubMed - as supplied by publisher].
- Adelman, R.D., Tmanova, L.L., Delgado, D., Dion, S., Lachs, M.S., (2014). Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*. Mar 12; 311(10):1052-60.
- Alesina, A., y La Ferrara, E. (2005). «Ethnic diversity and economic performance», *Journal of Economic Literature*, 43, 762-800.
- Amezcuca, M. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev. Esp. Salud Pública*, 76(5), 423-436.
- Arango-Lasprilla, J.C., Panyavin, I., Merchán, E.J., Perrin, P.B., Arroyo-Anlló, E.M., Snipes, D.J., Arabia, J., (2014). Evaluation of a Group Cognitive-Behavioral Dementia Caregiver Intervention in Latin America. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 18. [Epub ahead of print]PMID:24550547[PubMed - as supplied by publisher]
- Argyle, M. (1993) "Psicología y Calidad de vida". Intervención psicosocial. *Revista sobre igualdad y calidad de vida*, 2(6), 5-15.
- Argyle, M. (1999). "Causes and correlates of happiness". En Well-being: the foundations of hedonic psychology, *Russell Sage Foundation*, New York.

- Arrieta E, Monforte J. (2005) El cuidador familiar enfermo. Madrid: *International Marketing & Communication, S.A. Instituto de Formación NOVARTIS*
- Artaso, B. (2003). Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 38(4), 212-218.
- Asplund, K., Gustafson, Y., Jacobsson, C., Bucht, G., Wahlin, A., Peterson, J., et al. (2000). "Geriatric-based versus general wards for older acute medical patients: a randomized comparison of outcomes and use of resources". *J. Am Geriatric Soc* 48, 1381-1388.
- Atienza, A.A., Parris-Stephens, M.A., & Townsend, A.L. (2002). Dispositional optimism, role-specific stress, and the well-being of adult daughter caregivers. *Research on Aging*, 24(2), 193-217.
- Athay, M.M. (2012). Satisfaction with Life Scale (SWLS) in caregivers of clinically-referred youth: psychometric properties and mediation analysis. *Adm Policy Ment Health*. 39(1-2), 41-50.
- Ávila, R, Vázquez, E., Baztán, JJ. (2000). "Unidades de media estancia geriátricas: perspectiva histórica, parámetros de funcionamiento y dilemas actuales". *Revista Española Geriátria y Gerontología* 35(6), 3-14
- Ayuntamiento Málaga y Departamento de estadística del ayuntamiento de Málaga. (2013). Padrón de habitantes. (Estadística de población. Actualizado 1 enero 2013) Disponible en: http://www.malaga.eu/ayto/temas/portal/seccion_0013
- Atxotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de Salud Mental*, 21, 39-52.

- Atxotegui, J., Lahoz, S., Marxen, E., Espeso, D. (2005). Study of 30 cases of immigrants with The Immigrant Síndrome with Chronic and Multiple Stress (The Ulysses Syndrome). Cairo. Communication in the XVIII° World Congress of Psychiatry.
- Bhatt, W, & Roberts, BR. (2012). "Forbidden Return": Return Migration in the Age of Restriction. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 10(2), 162-183.
- Bacigalupe, A. (2007). Desigualdades sociales en la salud de la población de la comunidad autónoma del país vasco. La clase social y el género como determinantes de la salud. *ARARTEKO. Colección Derechos Humanos "Juan San Martín"* SBN: 978-84-89776-18-0. D.L: VI-304/07.
- Baster, J.C. (2012) .Adultos mayores en funciones de cuidadores de ancianos. *Rev Cubana Salud Pública*, 38(1), 168-173.
- Barrientos, J. (2005).Calidad de vida, bienestar subjetivo: una mirada psicosocial. *Universidad Diego Portales*, Santiago, Chile.
- Baila, M., & McFall, S. (1991). Stability and Change in the Informal task support networks of frail older persons. *The Gerontologist*, 31, 735-745.
- Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*, 18, 153-63.
- Beiser M, Hou F. (2014). Chronic health conditions, labour market participation and resource consumption among immigrant and native-born residents of Canada. *Int J Public Health*. Feb 7. [Epub ahead of print]PMID:24504154[PubMed - as supplied by publisher]
- Benvenuti, V. (2012). Ricercatrice della Fundación Leone Moressa. Dotl.ssa. Aziende richiedono la qualificazione degli immigrati nel commercio, servizi e turismo.

- [Internet]. [citado 2012 Sep 03]. Disponible en:<http://www.empleo.gob.es/es/mundo/Revista/Revista135/146.pdf>.
- Berjano, E, (2004). Inmigración y cuidados a mayores. "Un mercado no tan visible". *Geriatrka*, 3, 124-132.
- Boada y Grau, J., de Diego, R. y Agulló, E. (2004). El burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16(1), 125-131.
- Bohórquez VC, Castañeda VA, Trigós LJ, Orozco LC, Camargo FA. (2011). Eficacia de la intervención enfermera para cuidadores con cansancio del rol del cuidador. *Rev Cubana Enfermer* [revista en la Internet]. Sep [citado 2014 Mar 13], 27(3), 210-219. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192011000300005&lng=es.
- Bover, A. (2006). El impacto de cuidar en el bienestar percibido por mujeres y varones de mediana edad: una perspectiva de género. *Enferm Clin*. 16, 69-76.
- BOJA 153/2010. Consejería de Empleo. Resolución de 20 de julio de 2010, de la Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias. Sevilla. Disponible: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/boletines/2010/153/d/87.html>.
- BOLETÍN OPAM 19/2013. Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones. La inmigración en tiempos de crisis: arraigo y convivencia. Sevilla. ISSN 1989-4937.
- Bonillo, L. (2007) Ley de dependencia. *Revi Socie Madri de Medi de Fami y Comunit*. 8, 49-51.

BOPA 260/2013. Parlamento de Andalucía. Inmigración en Andalucía. Proposición no de Ley relativa a impulso III Plan Integral para la Inmigración en Andalucía. Sevilla. 09 de Julio de 2013(PDF - 1014 KB).

Disponibilidad:<http://www.parlamentodeandalucia.es/webdinamica/portal-web-parlamento/pdf.do?tipodoc=bopa&id=81953>

Borrell C, Garcia-Calvente MM, Martí-Boscá JV. (2004). La salud pública desde la perspectiva del género y clase social. *Gac. Sanit*, 18 (1), 175-181.

Braden, C.A., Cuthbert, J.P., Brenner, L., Hawley, L., Morey C., Newman, J., Staniszewski, K., Harrison-Felix, C., (2012). Health and wellness characteristics of persons with traumatic brain injury. *Brain Inj*. 26(11), 1315-27.

Braeseke G, Merda M, Bauer TK, Otten S, Stroka MA, Talmann AE.(2013) [Migration. Opportunities for recruitment of skilled employees in the care sector]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 56(8),1119-26.

Brown, J. B., McWilliam, C. L. y Mai, V. (1.997), Barriers and facilitators to seniors' independence. Perceptions of seniors, caregivers, and health care providers. *Canadian Family Physician*, 43, 469-475.

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, 709-23.

Burge, S.K. (2000). Gender and Power in Family Medicine. *Fam Medicine*, 32, 625-7.

Cabañero, MJ., Richard, M., (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y Puérperas *Psicothema*, 16(3), 448-455.

Caqueo-Urizar A, Segovia-Lagos, P, Urrutia-Urrutia, U, Miranda-Castillo, C, Navarro, E, 2013. Impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología*, 10(1), 95-108.
Disponible: http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.41950.

Casado, R. Ruiz, E., & Solano, A., (2009). Características de la producción científica sobre cuidados familiares prestados por mujeres inmigrantes. *Gac Sant*, 23(4), 335-341.

Carrasco, C., Borderías, C., y Torns, T. (2011). El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Instituto de la mujer.
Disponible: https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Economia_critica/El_trabajo_de_cuidados_C._Carrasco_C._Borderias_T._Torns.pdf

Castillo, J. (1968). Satisfacción en el trabajo de los trabajadores andaluces. *Anales de Sociología*, 4, 4-5.

Castle, N.G., Degenholtz, H., Rosen, J. (2006) Determinants of staff job satisfaction of caregivers in two nursing homes in Pennsylvania. *BMC Health Serv Res*. 24(6),60.PMID:16723022[PubMed - indexed for MEDLINE]

Causapié, P., Balbotin, A., y Porras, M. (2011). Envejecimiento activo. Libro Blanco. IMSERSO. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

- Catarino, C. (2000). La inmigración femenina en Madrid y Lisboa: hacia una etnización del servicio doméstico y de las empresas de limpieza. *Papers. Revista de Sociología*, 60, 183-207.
- Carter, P.A. (2002). Caregivers' descriptions of sleep changes and depressive symptoms. *Oncol Nurs Forum*, 29(9), 1277-1283.
- Carballo M, Divino JJ, Zeric D. (1998). Migration and health in the European Union. *Trop Med Int Health*, 3(12), 936-44.
- Cerezo, M.V., Ortiz, M., Cardenal, V. (2009). Expresión de Emociones y Bienestar En Un Grupo de Mujeres Con Cáncer de mama: Intervención Psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2009, 1(41), 131-140.
- Clark, A.E., y Oswald, A.J. (1996). Satisfaction and comparison income, *Journal of Public. Economics*, 61(3), 359-381.
- Checa, F., y Arjona, A. (2003). La integración social de los inmigrados: modelos y experiencias. Icaria. Barcelona.
- Collière MF. (1993). Utilización de la Antropología para abordar las situaciones de cuidados. *Rol de Enfermería*; 179, 71-80.
- Costa-Font, J., & García-González, A. (2007). «long-term care reform in Spain», *Eurohealth*, 13(1), 20-22.
- Cots, F., Castells, X., Olle, C., Manzanera, R., Varela, J., Vall, O. (2002). Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gac Sanit*, 16(5), 376-84.
- Contel Segura JC. (2005). Atención domiciliaria: una reflexión más allá de nuestro modelo de enfermería comunitaria. *Enfer Comunit*, 1(2), 49-56.

- Corbalán, M.G., Hernández, Ó., Carré, M., Paul, G., Hernández, B., Marzo, C. (2013). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. *Gerokomos* [revista en la Internet]. Sep [citado 2014 Mar 25]. 24(3), 120-123. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2013000300005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000300005>.
- Cressey, D. (2014). UK visa problems worry scientists. *Nature*. 6,506(7486):14-5. doi: 10.1038/506014a. No abstract available. PMID:24499896[PubMed - indexed for MEDLINE]
- Crockers, S. (2002), Methodological issues in male caregiver research: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 626-640.
- Cyril, F., & White, S.I. (1991). The Men Who Care: An Analysis of Male Primary Caregivers Who Care for Frail Elderly at Home *Journal of Applied Gerontology*, 10(3), 343-358
- Davidov E & Weick S. (2011).Transition to Homeownership Among Immigrant Groups and Natives in West Germany, 1984–2008. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 9(4), 393-415. DOI:10.1080/15562948.2011.616807.
- Dalmida, S.G., Koenig, H.G., Holstad, M.M., Wirani, M.M., (2013). The psychological well-being of people living with HIV/AIDS and the role of religious coping and social support. *Int J Psychiatry Med*. 2013; 46(1):57-83. PMID: 24547610[PubMed - indexed for MEDLINE]
- Decreto 92/2006. II Plan integral para la inmigración en Andalucía 2006-2009. 09 de mayo 2006. Consejería de Gobernación. *Boletín Oficial Junta de Andalucía n° 105*. Sevilla.

Decreto de ley 20/2012. BOE. Nº 168. Medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y el fomento de la competitividad. La Disposición transitoria décimo tercera cobertura de la protección por dependencia. Madrid. 14 de Julio 2012. Disponible: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-9364>

Decreto de ley 29/2012. Mejora de gestión y protección social en el Sistema Especial para Empleados de Hogar y otras medidas de carácter económico y social. BOE de 31 de diciembre de 2012. Madrid. Disponible:http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-15764

Delgado, E., Suárez, O., de Dios, R., Valdespino, I., Sousa, Y., Braña, G., (2013) [Characteristics and factors associated with dementia caregivers burden.] Semergen. pii: S1138-3593(13)00104-4. doi: 10.1016/j.semerg.2013.04.006. [Epub ahead of print]Spanish. PMID:23911945[PubMed - as supplied by publisher]

Del Río, M., García, M.M., Marcos, J., Entrena, F., y Maroto, G. (2013). Gender Identity in Informal Care: Impact on Health in Spanish *Caregivers*. *Qualitative Health Research*, 23(11), 1506-1520.

De Miguel, J.M., Schweiger, I., De las Mozas, O. y Hernandez, J.M. (2011). Efecto del ejercicio físico en la productividad laboral y el bienestar *Revista de Psicología del Deporte*. 2(20), 589-604.ISSN: 1132-239X

Díaz, G., Alonso, R. y Bayarre, H. (2002). "Factores de riesgo de insatisfacción con la vida en mujeres de edad mediana", *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 40(3), 222-241.

Diener, E. y Diener, M. (1995). "Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem", *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.

- Diener, E., Larsen, R. J., Levine, S. y Emmons, R. A. (1985). "Intensity and frequency: dimensions underlying positive and negative affect", *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (5), 1253-1265.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. y Smith, H. (1999). "Subjective well-being: three decades of progress", *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.
- Dominguez, J.M., Hombrado, M.I., (2012) El apoyo social y la felicidad de las mujeres inmigrantes en España.. *Psychol Rep*, 110(3), 977-90.PMID:22897099 [PubMed - Medline]
- El Economista.es / Atlas. (2011). La economía sumergida en España alcanza el 23% del total de la economía, lo que contrasta con el 8% que se registra en Francia y Alemania. Diario El economista.es. [Internet], [Actualizado Viernes 28/01/2011] Disponible en: <http://actualidad.orange.es/economista/espana-es-un-pais-fraude-economia-sumergida-alcanza-cotas-del-23.html>
- Emmons, R.A., Larsen, R.J., Levine, S., y Diener, E. (1983). "Factors predicting satisfaction judgments". *Paper presented at the Midwestern Psychological Association*, Chicago.
- Encuesta de Población Activa, EPA (2013a). Primer trimestre de 2013. *Madrid*. *INEbase*. *Madrid*. (Actualizada 25 de abril de 2013). Disponible: <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0113.pdf>
- Encuesta de Población Activa, EPA. (2013b). Segundo trimestre de 2013. *Madrid*. *INEbase*. *Madrid*. (Actualizada 25 de julio de 2013). Disponible: <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0213.pdf>

Encuesta de Población Activa, EPA. (2013c). Tercer trimestre de 2013. Madrid.

INEbase. Madrid. (Actualizada 24 de Octubre de 2013). Disponible:

<http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0313.pdf>

England, K., & Stiell, B. (1997). They think you're as stupid as your English is:

Constructing foreign domestic workers in Toronto. *Environ Plan A*, 29,195-215.

EVBS. (2007). Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. (2007). Madrid:

Estadísticas Ministerio de sanidad y consumo. Estadísticas Sanitarias. Sanitaria del SNS. Informe de Salud Esperanza de Vida Libre de Incapacidad: un indicador estructural.

Disponible:http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/informeE_VLI.pdf

EUROSTAT. (2013). Key figures on Europe, digest of the online Eurostat yearbook.

Luxembourg. Disponible:http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EI-13-001/EN/KS-EI-13-001-EN.PDF

EVLI. (2013). Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. Madrid: Estadísticas

Ministerio de sanidad y consumo. Estadísticas Sanitarias. Sanitaria del SNS. Discapacidad (tasas, esperanzas de vida en salud). (Actualizado 20 mayo 2013).

Disponible:http://www.ine.es/ss/Satellite?c=INESeccion_C&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&cid=1259926668516&L=0

Faragher, E., Cass, M., & Cooper, C. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupant Enviromente Medical*, 20, 105-112.

- Fernández, A. (2009). Estudio del proceso y evolución de la vida laboral de personas extranjeras no comunitarias en Andalucía (ICEBER). Sevilla. Servicio Andaluz de Empleo. Dirección General de Empleabilidad e Intermediación Laboral. *Federación Andalucía Acoge*, 1, 87-135.
- Ferrer, C. (2010). «School regimes and education equity: some insights based on PISA 2006», *British Educational Research Journal*, 36(3), 433-461.
- Finotelli, C. (2008). “Migration policy between restrictive purposes and structural demand: the case of the domestic sector in Germany and Italy”, en METZ-Göeckl, S. et al. (eds.), *Migration and Mobility in an enlarged Europe. A gender perspective*. Opladen: Barbara Budrich Publishers, 52-78.
- Gallicchio, L. (2002). Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 154-163.
- Gallart, A. (2007). Sobrecarga del cuidador inmigrante no profesional formal. Tesis Doctoral. Sant Cugat: *Publicaciones Universitat Internacional de Catalunya*.
- Gallart, A., Cruz, F., Zabalegui, A., (2013). Factors influencing burden among non-professional immigrant caregivers: a case-control study. *J Adv Nurs*. 69(3), 642-54. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06049.x. Epub 2012 Jun 7. PMID:22670884[PubMed - indexed for MEDLINE]
- García-Calvente, M.M. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sant*. 18(1), 132-9.
- Gamero, C. (2007). “Satisfacción laboral y tipo de contrato en España”, *Investigaciones. Económicas*, 31(3), 415-444.

- García, J. (2004). El problema ético de la obligación filial y/o social de cuidar a personas mayores con demencia. *Revista de Geriátría y Gerontología*, 39, 35-40.
- García-Calvente, M., del Río, M., Marcos, J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como resultado del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 100-107.
- Garrido, A. (2003). Cuidando al cuidador. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 38, 189-91.
- Gispert, R., Puig, X., Puigdefàbregas, A., Tresserras, R., Busquets, E. (2003). Esperanza de vida libre de incapacidad y esperanza de vida en buena salud en Cataluña 1994-2000. *Medicina Clínica*, 121(1), 128-132.
- Grbich, C. (1994). *Women as Primary Breadwinners in Families Where Men Are Primary Caregivers*. *Journal of Sociology*, 30(2), 105-118.
- González, A.C., Granado, R., García, E., Cano, C., Fernández, M.I., (2009). Calidad de vida relacionada con la salud en cuidadoras de personas dependientes de dos zonas rurales de León. *Enfermería Clínica*. 5(19), 249–257.
- Gómez, P., y Fuster, J., (2014). Atención a la diversidad: desafío estratégico, macrogestión y políticas de salud. *Enfer Clin*. 24, 7-12.
- Grossman D. (1994). Enhancing your “cultural competent”. *Am J Nurs*, 94(7), 58-62.
- Guedes, A.C., Pereira, M.G.(2013) Burden, coping, physical symptoms and psychological morbidity in caregivers of functionally dependent family members. *Rev Lat Am Enfermagem*. 21(4), 935-40. doi: 10.1590/S0104-11692013000400015. English. PMID:23970231[PubMed - in process]
- Gutiérrez, P., Nieto, P., (2007). Nuevas cuidadoras para los mayores. ¿Cómo formarlas?. *Rev Rol Enf*. 30, 9-12.

- Hackman, J.R., Oldham, G.R. (1975). Development of the job diagnostic survey. *J Appl Psychol*, 60, 151-70.
- Harmon, J., Scotti, D., Behson, S., Farias, G., Petzel, R., Y Neuman, J. (2003). Effects of high-involment work systems on emplyee satisfaction and service cost in veterans healthcare. *Journal Health Manag.* 48, 393-406.
- Hasselhorn, HM., Tackenberg, P., Hans, L., Müller B. (2003) Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. *Wuppertal: University of Wuppertal*
- Happe, S., & Berger, K. (2002). The association between caregiver burden and sleep disturbances in partners of patients with Parkinson's disease. *Age Ageing*, 31, 349-354.
- Haumann A, Bellin J, Gräske J.(2013). [Satisfaction with work in the home care sector]. *Pflege Z.* 66(1), 34-9.
- Hernández, S. (2005). Estructura y funciones del apoyo social en un colectivo de inmigrantes marroquíes. *Anales de psicología*, 21(2), 304-315.
- Hitz F, Ribí K, Li Q, Klingbiel D, Cerny T, Koeberle D.(2013) Predictors of satisfaction with treatment decision, decision-making preferences, and main treatment goals in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer.* 21(11), 3085-93.
- Holtzman, S., Abbey, S.E., Singer, L.G., Ross, H., & Stewart, D.E. 2011.Both patient and caregiver gender impact depressive symptoms among organ transplant caregivers: Who is at risk and why?. *Journal of Health Psychology*, 16(5), 843-856.

Hurvitz, E.A., Marciniak, C.M., Daunter, A.K., Haapala, H.J., Stibb, S.M., McCormick, S.F., Muraszko, K.M., Gaebler-Spira, D., (2013) Functional outcomes of childhood dorsal rhizotomy in adults and adolescents with cerebral palsy.

J Neurosurg Pediatr. 2013 Apr,11(4):380-8. doi: 10.3171/2013.1.PEDS12311.

Epub 2013 Feb 8. PMID:23394352[PubMed - indexed for MEDLINE]

Ibarra, T. (2006). Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. *Index Enferm [revista en la Internet]*. 15(55): 44-48.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010&lng=es. doi: 10.4321/S1132-12962006000300010.

Informe Caritas. (2013). *Desigualdad y derechos sociales caritatas. Analisis y perspectiva. Fomento de estudios sociales y de sociología aplicada. Fundación Foessa.* Madrid:

Disponible:<http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/4551/Desigualdad%20y%20derechos%20sociales.%20Versi%C3%B3n%20digital.pdf>

INE. 2013. *La estructura demográfica española y perspectiva. Indicadores Demográficos Básicos.* Madrid: INEbase. Disponible:

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/p251/&file=inebase>

INE. (2013a). *Esperanza de vida Salud. Instituto Nacional de Estadística,* Madrid: INEbase. Disponible:

http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout

- INE. (2013b). *Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos*. Madrid: INEbase. Disponible: <http://www.ine.es/prensa/np784.pdf>
- INE. (2013c). *Proyección de la Población de España a Corto Plazo 2013–2023*. Instituto Nacional de Estadística. Madrid: INEbase. Disponible: <http://www.ine.es/prensa/np813.pdf>
- Informe CES. (2012). *Tercer informe sobre la situación de las mujeres en la realidad sociolaboral española*. Consejo Económico y Social. Madrid: Disponible: <http://www.ces.es/documents/10180/18510/Inf0111>
- Informe CES. (2013). *Distribución de la renta en España: desigualdad, cambios estructurales y ciclos*. Consejo Económico y Social. Madrid: Disponible: <http://www.ces.es/documents/10180/526241/Inf0313.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. INE. (2012). *Proyecciones de Población a Largo Plazo. Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y evaluación*. Madrid: INEbase. Disponible: <http://www.ine.es/prensa/np744.pdf>.
- INSERSO. (1995). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid: **INSERSO** Disponible: http://www.colectivoioe.org/index.php/publicaciones_libros/show/id/28
- IMSERSO. (2002). *Informe sobre la salud y el envejecimiento. (Health and ageing: a discussion paper)*. U.S.Department of Health and Human Services. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, (versión pdf, 460 kb). Disponible: <http://www.imsersomayores.csic.es/salud/psicologia/vejez/documentos.html>

- IMSERSO. (2005). *Cuidado a la dependencia e inmigración. Informe de resultados*. Universidad de Valencia; Universidad del País Vasco. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Madrid: IMSERSO. Disponible: http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/coleccion_estudios/serie_dependencia/IM_029393.
- INE. (2013c). *Proyección de la Población de España a Corto Plazo 2013–2023*. Instituto Nacional de Estadística. Madrid: INEbase. Disponible: <http://www.ine.es/prensa/np813.pdf>
- Informe CES. (2012). *Tercer informe sobre la situación de las mujeres en la realidad sociolaboral española*. Consejo Económico y Social. Madrid: Disponible: <http://www.ces.es/documents/10180/18510/Inf0111>
- Informe CES. (2013). *Distribución de la renta en España: desigualdad, cambios estructurales y ciclos*. Consejo Económico y Social. Madrid: Disponible: <http://www.ces.es/documents/10180/526241/Inf0313.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. INE. (2012). *Proyecciones de Población a Largo Plazo. Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y evaluación*. Madrid: INEbase. Disponible: <http://www.ine.es/prensa/np744.pdf>.
- INSERSO. (1995). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid: **IMSERSO** Disponible: http://www.colectivoioe.org/index.php/publicaciones_libros/show/id/28
- IMSERSO. (2002). *Informe sobre la salud y el envejecimiento. (Health and ageing: a discussion paper)*. U.S.Department of Health and Human Services. Ginebra:

Organización Mundial de la Salud, (versión pdf, 460 kb). Disponible:
<http://www.imsersomayores.csic.es/salud/psicologia/vejez/documentos.html>

IMSERSO. (2005). *Cuidado a la dependencia e inmigración. Informe de resultados*.
*Universidad de Valencia; Universidad del País Vasco. Instituto de Mayores y
 Servicios Sociales*. Madrid: IMSERSO. Disponible:
http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/coleccion_estudios/serie_dependencia/IM_029393.

IMSERSO. 2008. *Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Boletín sobre el envejecimiento, perfiles y tendencias*. Madrid: IMSERSO. Disponible:
<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm35.pdf>

IMSERSO. (2010). *Familias y discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales*. Madrid: IMSERSO. Disponible: http://www.seg-social.es/imserso/estadisticas/dis_dest1be.html

IMSERSO. (2011). *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Madrid: IMSERSO. Disponible:
http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/doc_interes/lb_coorsociosanitaria/index.htm

Izcara, S. (2010). Migración irregular y aislamiento social. Los jornaleros tamaulipecos indocumentados en los Estados Unidos. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 68(2), 453-472.

- Jaén Díaz M. (2010). Predicción del rendimiento laboral a partir de indicadores de motivación, personalidad y percepción de factores psicosociales. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Jabardo, M. (2000). Migración, multiculturalismo y minorías étnicas en España. *Anales del Museo Nacional de Antropología. Nos-Otros*, 7, 139-164.
- Kaufman, A.V., Kosberg, J.I., Leeper, J.D., Tang, M., (2010). Social support, caregiver burden, and life satisfaction in a sample of rural African American and White caregivers of older persons with dementia. *J Gerontol Soc Work*, 53(3), 251-69. doi: 10.1080/01634370903478989.[PubMed - Medline]
- Kawachi, I. Kim, D. Coutts, A. Subramanian, SV. (2004). “Commentary: Reconciling the three accounts of social capital”. *International Journal of Epidemiology*, 33, 682-690.
- Kotsadam, A. (2012). The employment costs of caregiving in Norway. *Int J Health Care Finance Econ*.12(4),269-83. doi: 10.1007/s10754-012-9116-z. Epub 2012 Sep 16.PMID:22983822[PubMed - indexed for MEDLINE].
- Kuwahara Y, Washio M, y Arai Y. (2001). Burden among caregivers of frail elderly in Japan. *Fukuoka Igaku Zasshi*, 92, 326-333.
- Lago, S. (2001). Cuidados del cuidador del paciente con demencia. *Guías clínicas*; 1(51). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/cuidador.asp>.
- Lara, G. (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 13(4), 159-66.

- Lavía Martínez, C. (2009). Inmigración extranjera en Bilbao: una aproximación a la medida de la segregación residencial. *Zerbitzuan. Rev Ser Soc*, 45, 83-98.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. *Springer Publishing Company*. New York.
- Leigh, E.S., Wikman, A., Molloy, G.J., Randall, G., Steptoe, A., (2014). The psychosocial predictors of long-term distress in partners of patients with acute coronary syndrome. *Psychol Health*. feb. 20. [Epub ahead of print] PMID:24446713 [PubMed - as supplied by publisher]
- Leininger, M. (1991). Culture Care Diversity & Universality: A Theory of Nursing. New York. *National League for Nursing Press*. 15, 5-72.
- Leininger M. (2002). Culture care. To advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs*, 13, 189-192.
- Leininger, M. (2007). Theoretical questions and concerns: Response from the theory of culture and care diversity and universality perspective. *Nurs Sci Q*. 20(1), 9-13.
- Leonardi, R y Sloane, P. (2000). Measuring the quality of jobs: promotions prospects low pay and job satisfaction. Paper presented at Lower Conference on Low Pay, High Pay and the Determinants of Earnings Mobility in the European Union and the United States, *University of Aberdeen*, 17-18.
- Lewis, J.M., DiGiacomo, M., Lockett, T., Davidson, PM., Currow, D.C. (2013). A social capital framework for palliative care: supporting health and well-being for people with life-limiting illness and their carers through social relations and networks. *J Pain Symptom Manage*, 45(1), 92-103. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.12.283. PMID:22795051

Ley 14/2007. BOE núm. 159. Investigación biomédica. España. 04 de Julio de 2007.

Disponible:<http://civil.udg.es/normacivil/estatal/persona/pf/L14-07.htm>

Ley orgánica 6/2005. BOE núm. 6. La Normativa y Legislación básica que regula la estancia de los extranjeros en España. 485-439. 07 de Enero de 2005.

Disponible: <http://www.boe.es/boe/dias/2005/01/07/pdfs/A00485-00539.pdf>.

Ley 39/2006, BOE» núm. 299. Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia, España, 15 de diciembre de 2006, páginas 44142 a 44156.

Libro Blanco de la dependencia. (2005). *Libro Blanco de la dependencia*. Madrid:

Instituto de Mayores y Servicios Sociales INSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible:

http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/bras_fuera_coleccion/IM_034115

Lillo, M. (2006). “Fenómenos migratorios, competencia cultural y cuidados de salud”. *Cultura de los cuidados*. 10(20), 87-91.

Lipson, JG. (2000). Cultura y Cuidados de Enfermería. *Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital)*: 28-29,19-25. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_19-25.php>

López, Mª J. (2009) El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev Clin Med Fam*, 2(7), 332-339.

López, C.M. (2004) La situación socio laboral de la población inmigrant, el caso de Alcalá de Henares. *Revista Gerencia*, 9(26), 254-285.

López, S.R., Moral, M.S. (2005). Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enferm Comun* 1(1), 12-17 Losada, A e Izal, Mª. (2.004).

Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Rev Neuro*, 38(8), 701-708.

Losada, A., Montorio I., Izal, M., Márquez, M. (2006). Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid; Disponible: <http://docentes.cs.urjc.es/~alosada/estudiomalestarpscuidadores.pdf>

Logsdon, R.G., Pike, K.C., Korte, L., Goehring, C. (2014). Memory Care and Wellness Services: Efficacy of Specialized Dementia Care in Adult Day Services. *Gerontologist*. Mar 10. [Epub ahead of print] PMID:24615230.

Lykens, K., Moayad, N., Biswas., S, Reyes-Ortiz, C., Singh, K.P., (2014). *Impact of a Community Based Implementation of REACH II Program for Caregivers of Alzheimer's Patients*. PLoS One. 27;9(2):e89290. doi: 10.1371/journal.pone.0089290.eCollection 2014.PMID:24586664.[PubMed - in process]

Lutzky, S.M., & Knight, B.G. (1994). Explaining gender differences in caregiver distress: The roles of emotional attentiveness and coping styles. *Psychology and Aging*, 9, 513-519.

Manso, M.E., Sánchez, M.P., Cuéllar, I., (2013). Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural. *Clínica y Salud*. 24, 37-45.

Marmot, M., Wilkinson, G. (2001). "Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al". *British Medical Journal*, 322(7296), 1233-1236.

- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz, P., Taussig, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*, 6, 338-46.
- Martín, E. (2010). El tiempo de trabajo de las cuidadoras inmigrantes de personas mayores. *Alternativas*, 17, 181-199.
- Martínez R. (2009). ¿Y qué pasa con mi cuidadora? Inmigración, servicio doméstico y privatización de los cuidados a las personas dependientes *Revista de servicios sociales*, 45, 99-109.
- Martínez, R., Prior, JC. (2011). La inserción socioprofesional de los inmigrantes en Andalucía. *Papers*, 96(3), 883-911.
- Miller, B. y Cafasso, L. (1992). Gender differences in caregiving: fact or artifact? *The Gerontologist*, 32, 498-507.
- Miller, B., y Kaufman, J. E. (1996). Beyond gender stereotypes: spouse caregivers of persons with dementia. *Journal of Aging Studies*, 10, 189-204.
- Mhaoláin, A.M., Gallagher, D., Crosby, L., Ryan, D., Lacey, L., Coen, R.F., Coakley, D., Walsh, J.B., Cunningham, C., Lawlor, B., (2012) Frailty and quality of life for people with Alzheimer's dementia and mild cognitive impairment. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 27(1), 48-54.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Madrid.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional e Salud. Madrid; Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.

- Moncusí, A. (2007). “Segunda generaciones” ¿La inmigración como condición hereditaria? *Revista antropología Iberoamericana*, 2(3), 459-487.
- Montorio, I. (1998). IMLAea. La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14(2), 229-248.
- Moral, M.S., Ortega, J., López, M.J., & Pellicer, P. (2003). Perfil de riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes interesados en su domicilio. *Atención Primaria*, 32(2), 77-85.
- Morales M.J. (2014). Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin*. 24, 23-34.
- Morano, C y Bravo, M, (2.002). A psychoeducational model for hispanic alzheimer's disease caregivers. *The Gerontologist*, 42, 122-126.
- Moreno, M. (2006). Del Cuidado de la Diversidad a la Diversidad del Cuidado. *Index Enferm*, 15(55), 7-8. Disponible:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300001&lng=es.
- Moreno Preciado M. (2005). La relación con el paciente inmigrante *Index de Enferm.*, 50, 25-29.
- Moreno-Gaviño, L. (2008). Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria*, 40, 193-8.
- Moreno, MP., Vallejo, M., y Rios, ML. (2009). Satisfacción vital, apego e identidad con el barrio y participación comunitaria en estudiantes universitarios. Trabajo presentado en el XI Congreso Nacional de Psicología Social, Octubre. Tarragona.

- Moreno, FJ., y Bruquetas, M. (2011). Inmigración y estado de bienestar en España. Colección Estudios Sociales. 31. Obra Social la Caixa. Barcelona. disponible: http://obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/670e2a8ee75bf210VgnVCM1000000e8cf10aRCRD/es/vol31_es.pdf
- Morilla, JC., Martín, FJ., Morales, JM., Gonzalo, E. (2005). Oportunidades para la Atención Integral. *Enfer Comunit*, 1(2), 37-48 Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/2/a37-48.php>.
- Moyano, E. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum*, 2(2), 177-193.
- Muñoz, (2007). La enfermedad de alzheimer como factor de riesgo psicosomático para los cuidadores familiares de enfermos crónicosdiscapacitados. Tesis Doctoral. Málaga: *Publicaciones Universidad de Málaga. Departamento de psiquiatría y fisioterapia*.
- Nardi, F., Sawada, N.O., Santos, J.L., (2013). The association between the functional incapacity of the older adult and the family caregiver'sburden. *Rev Lat Am Enfermagem*. 21(5), 1096-103. doi: 10.1590/S0104-11692013000500012. English. PMID:24142218[PubMed - in process]
- Navaie, M. (2002). Informal Caregiving. *Medical care*. 40, 1249-1259.
- Neufeld, A., & Kushner, E. (2009). Men Family Caregivers' Experience of Nonsupportive Interactions: Context and Expectations. *Journal of Family Nursing*, 15(2), 171-197.
- Newbold, B. & Danforth, J. (2003). "Health status and Canada's immigrant population" *Social Science and Medicine*, 57, 1981-1995.

- Nebot M. (2004). “Cambios en el consumo de tabaco en la población general en Barcelona, 1983-2000”. *Atención Primaria*, 34(9), 457-462.
- Newbury, D., & Kamili, F. (2001). Psychology stress, anxiety, depression, job satisfaction and personality characteristisc in peregrinarion house officers. *Postgrad Medical Journal*.77, 109-111.
- Newman, K. Taylor, U. Chansarkar, B. (2002). The nurse satisfaction, service quality and nurse retention chain. Implications for management of recruitment and retention. *J Manag Med*. 16, 271-91.[Medline]
- Ní Mhaoláin, A.M., Gallagher, D., O’Connell, H., Chin, A.V., Bruce, I., Hamilton, F., Teehee, E., Coen, R., Coakley, D., Cunningham, C., Walsh, J.B., Lawlor, B.A., (2012). Subjective well-being amongst community-dwelling elders: what determines satisfaction with life? Findings from the Dublin Healthy Aging Study. *Int Psychogeriatr* 24(2), 316-23. doi: 10.1017/S1041610211001360.
- Observatorio de las Ocupaciones. (2013). Extranjeros Servicio Público de Empleo Estatal. Informe del Mercado de Trabajo de los Extranjeros. Madrid. Disponible: http://www.sepe.es/contenido/conocenos/publicaciones/pdf/IMT_2013_Datos_2012_Estatal_Extranjeros.pdf
- Observatorio ARGOS. (2012). Sistema de Prospección Permanente del Mercado de Trabajo de Andalucía. Sevilla. Disponible:http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdeempleo/web/argos/web/es/ARGOS/Publicaciones/pdf/20120620Extranjeros_2011.pdf

- Odrizola, A., Vita, B., Maiz, L., Zialtzeta, L. y Bengoetxea, G., (2008). Índice de esfuerzo del cuidador: test diagnóstico de sobrecarga en cuidadores de enfermos con demencia *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 34(9), 435-438.
- Ortiz, E., Casas, S., y Cobo C., (2005). Cuidando a los mayores ¿nuevas cuidadoras, nuevas necesidades? Libro de ponencias del 1er Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria, ed. Madrid.
- OPAM BOLETÍN N°19. (2013). La inmigración en tiempos de crisis: arraigo y convivencia. Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones Junta de Andalucía. Sevilla. Disponible: http://www.juntadeandalucia.es/justiciaeinterior/opam/sites/default/files/DOC/BoletinOPAM_n19_Septiembre2013.pdf
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2012). The Bulletin highlights ageing and health -- the theme of World Health Day 2012 -- in a new series of articles. Luxemburgo. *Bulletin series. Ageing and health, OMS*. Disponible: http://www.who.int/bulletin/ageing_and_health/en/index.html
- O'Carroll, R.E., Smith, K., y Coustom, M. (2000). A comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREEF in detecting change in quality of life following liver transplantation. *Quality of Live Research*, 9, 121-124.
- Orueta, R., Gómez, R.M., Gómez, S., Sánchez, S., López, M.J., Toledano, P. (2011). Impacto sobre el cuidador principal de una intervención realizada a personas mayores dependientes. *Atención Primaria*, 9(43), 490-496.
- Olsson, L.E., Gärling, T., Ettema, D., Friman, M., Fujii, S., (2013). Happiness and Satisfaction with Work Commute. *Soc Indic Res*. 2013 Mar, 111(1), 255-263. Epub 2012 Feb 14. PMID: 23378683 [PubMed]

- Pajares, M. (2.005). Inserción laboral de la población inmigrada en Cataluña: informe 2.004. Barcelona: CCOO-CERES. 247.
- Pajares, M. (2010). Inmigración y mercado de trabajo. Informe 2010. Ministerio de Trabajo e Inmigración Edita y distribuye: Subdirección General de Información. AdministrativayPublicaciones. Disponible en: http://extranjeros.mtin.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/contenido_0006.html.
- Palenga-Möllenbeck, E. (2013). Care Chains in Eastern and Central Europe: Male and Female Domestic Work at the Intersections of Gender, Class, and Ethnicity. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 11(4), 364-383
DOI:10.1080/15562948.2013.822955
- Pagani, M., Giovannetti, A.M., Covelli, V., Sattin, D., Raggi, A., Leonardi, M., (2013). Physical and Mental Health, Anxiety and Depressive Symptoms in Caregivers of Patients in Vegetative State and Minimally Conscious State. *Clin Psychol Psychother*. 2013 May 27. doi: 10.1002/cpp.1848. [Epub ahead of print]PMID:23712507[PubMed - as supplied by publisher].
- Park, Y., Bhuyan, R., Richards, C., & Rundle, A. (2011). U.S. Social Work Practitioners' Attitudes Towards Immigrants and Immigration: Results From an Online Survey. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 9(4), 367-392. DOI:10.1080/15562948.2011.616801.
- Paun, O., Farran, C.J., Fogg, L., Loukissa, D., Thomas, P.E., Hoyem, R. (2014) . A Chronic Grief Intervention for Dementia Family Caregivers in Long-Term Care. *West J Nurs Res. Feb 6*. [Epub ahead of print]. PMID:24510968.

- Pereda, C, De la Prada, M A, Actis, W, Rodríguez, P y Sancho, T. (1999). Cuidados en la Vejez. El apoyo informal. Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales. *Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Madrid.*
- Pereda, C. (2006). Inmigración y vivienda en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. http://extranjeros.mtas.es/es/general/Inmigracion_y_vienda_en_Esp.pdf, 43.
- Pérez-Orozco A. (2007). Amenaza tormenta la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Rev. Economía Crítica*, 5, 7-37.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an update meta-analysis. *Journal of Gerontology*, 61B, 33-45.
- Quintero, L., Biela, R., Barrera, A., y Campo A. (2007). Análisis factorial exploratorio de la escala de satisfacción laboral en empleados de un hospital psiquiátrico de Bucarmanga, Colombia. *Revista Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*. 55, 24-30.
- Reidl, LM. (2012). The conceptual framework underlying research. *Inv Ed Med*, 1, 146-51.
- Raftery, A.E., Nan, Li., Ševčíková, H., Gerland, P., Heilig, G.K. (2012). Bayesian probabilistic population projections for all countries. *PNAS*, 109(44), 17727. doi:10.1073/pnas.1216779109.
- Regueiro AA. (2006). Sobrecarga del cuidador principal del paciente dependiente en atención primaria. *Aten Primaria*, 38, 183-4.[Medline].
- Rinaldi, P., Spazzafumo, L., Mastroforti, R., Mattioli, P., Marvardi, M., Polidori, M. C. (2005). Predictors of high level of burden and distress caregivers of demented

patients: results of an Italian multicenter study. *Int J Geriatr Psychiatry*.
20,168-74

Robertson, E., Iglesias, E., Johansson, SE. (2003). Migration status and limiting long-stading illness. *Eur J Public Health*, 13, 99-104.

Roca, I., Capará, N. (2001). Inmigración y salud. Situación actual en España. *Rev Rol Enf*,24(11), 56-62.

Rodríguez, A y Valcarce, MA. (2004). Libro Blanco dependencia en España. Recursos para la población dependiente. IMSERSO. Madrid. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. (Edición digital); capítulo 5,343-462

Disponible:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>.

Rodríguez, V. (2010). Inmigración y cuidados de mayores en los hogares de la Comunidad de Madrid. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 102.

[F.depublicación:04/02/2010].<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rodriguez-inmigracion-01.pdf>>

Rogero, J. (2009). La distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Rev Esp Salud Pública*, 83(3), 393-405.

Rojano, R., Sánchez, M., González, EE., Morales, L., Morales, IM., Barón, FJ. (2013). Resultado del impacto de una intervención multicomponente en conocimientos adquiridos, apoyo social y sobrecarga de cuidadoras inmigrantes. *NURE* 10(63).

Disponible:

http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE63_original_impactomulti.pdf

- Romero, B. (2009). Investigación, Cuidados enfermeros y Diversidad cultural. *Index Enferm [revista en la Internet]*. 18(2): 100-105. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11321296200900020007&lng=es. doi: 10.4321/S1132-12962009000200007.
- Roure, M^a., Reig, A., Vidal, J. (2002). Percepción de apoyo social en pacientes hospitalizados. *DIALNET OAI Articles (Spain)*. disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=255714>.
- Rosa, E., Lussignoli, G., Sabbatini, F., Chiappa, A., Di Cesare, S, Lamanna, L., Surrente, B., Zanetti, O. (2008). The immigrant paid caregivers' role in the care of patients with severe dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 23(3), 331-3. No abstract available. PMID:17708585[PubMed - indexed for MEDLINE]
- Rosson, S., Fuenteal, C., Hormazábal, C., Villena, C., & Brieba, F., (2013). Enfermedad de Parkinson y demencia, calidad de vida y sobrecarga del cuidador. Intervención multidisciplinaria en Atención Primaria. *Rev Chil Salud Pública*. 17(1), 48-53.
- Runci, S.J., Eppingstall, B.J., Van der Ploeg, E.S., O'Connor, D.W., (2014). Comparison of Family Satisfaction in Australian Ethno-Specific and Mainstream Aged Care Facilities. *J Gerontol Nurs*. 2014 Jan 6,1-10. doi: 10.3928/00989134-20131219-01. [Epub ahead of print] PMID:24550121[PubMed - as supplied by publisher]
- Ruzafa, M^a, Madrigal, M. (2008) Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. *Gac Sanit*, 22,

434 – 442.

Saiz, G M^a. (2008). El cuidador como paciente. *FMC. Form Med Contin Aten Prim.* 15, 418-26.

Saavedra, F.J., Bascón, M.J., Arias, S., García, M., Mora, D., (2013). Cuidadoras de familiares dependientes y salud: influencia de la participación en un taller de control de estrés *Clinica y Salud.* 24, 85-93.

Salas, J., Diez, F., Puerta, J., Zambrana, JL., Delgado, M., Rivera, F., et al. (2003). Tasa de empadronamiento real de los pacientes hospitalizados en el Hospital de Poniente almeriense. *Gac Sanit,* 17(4), 312-5.

Salinas, SC., Altube, UL., Espana, J., Yandiola, PP., Capelastegui, AS., Quintana, JM. (2002). Tuberculosis en la población inmigrante de Bilbao. *Arch Bronconeumol,* 38(11), 506-10.

Salazar, A., Navarro-Calderon, E., Abad, I., Alberola, V., Almela, F., Borrás, R. et al. (2003). Diagnósticos al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia (2001-2002). *Rev Esp Salud Publica,* 77(6), 713-23.

Sánchez, M.P., y Quiroga, M.A. (1995). "Relaciones entre satisfacción familiar y laboral: variables moduladoras", *Anales de Psicología,* 11(1), 63-75,

Sancho, T., y Rodríguez, P. (2002). Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro, *Revista de Intervención Psicosocial,* 10(3), 259-75.

Sanz, B., Torres, AM., Schumacher, R. (2000). Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria,* 26(5), 314-8.

- Scheffer, J. (2003). Healthy Life Expectancy in New Zealand. *Res. Lett. Inf. Math.Sci.* 4, 137-150. Disponible: http://www.massey.org.nz/massey/fms/Colleges/College%20of%20Sciences/II MS/RLIMS/Volume04/Healthy_Life_Expectancy_in_New_Zealand.pdf
- Shields, MA. (2001). Ward M. Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction on intentions to quit. *J Health Econ*, 20, 667-701.[Medline]
- Siles, J. (2001). Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*, 10, 72-87.
- Sloane, P.J. y Williams, H. (2000). Job satisfaction, comparison earnings and gender. *Labour*, 14, 473-501.
- Shavit, M., Weisberg, P., Gal, I., & Doron, I. (2009). *Immigration and Health Services: Immigrant Complaint Patterns Regarding the Primary Health Care System in Israel. Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 7 (4), 419-437. DOI:10.1080/15562940903379092.
- Solé, C. (2009). Las trayectorias sociales de las mujeres inmigrantes no comunitarias en España. factores explicativos de la diversificación de la movilidad laboral intrageneracional. *GEDIME (Grupo de Estudios sobre Inmigración y Minorías Étnicas) Ministerio de igualdad. Instituto de la Mujer. Universidad Autónoma de Barcelona.*
- Sterritt, P. (1998). African-america caregiving for a relative with alzheimer's disease. *Geriatric Nurse*, 19, 127-134.
- Steinsbekk, A, Rygg L., Lisulo, M., Rise, M., & Fretheim, A. (2012). Group based

diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. *BMC Health Services Research*, 12, 213.

Stjernswärd, S., Hansson, L., (2014). A web-based supportive intervention for Families living with depression: content analysis and formative Evaluation. *JMIR Res Protoc*. 2014 Feb 14. 3(1), 8. doi: 10.2196/resprot.3051.PMID:24550185[PubMed]

Sullivan MT. (2002). Caregiver Strain Index. *J Gerontol Nurs*, 28(8), 4-5.

Tesch-Römer C. (2001) Intergenerational solidarity and caregiving. *Gerontol Geriatr* 34, 28-33.

Tezanos, J., Lopez Aparicio, J., Rodríguez, J. y Domínguez, R. (1973). Las nuevas clases medias. Conflicto y conciencia de clase entre los empleados de la banca. Madrid: Edicusa.

Tobio, C., & Diaz Gorfinkiel, M. (2007). The Work-Life Balance I – New gendered relationships in Spain: “the other” in the care triangle. En *Internacional. Journal of Iberian Studies*, 20(1), 41-63.

Torns, T. (2004). Las políticas de tiempo: un reto para las políticas del estado del bienestar. Trabajo. *Revista de la asociación Estatal de RRL y CCTT* 13, 145-164.

Thompson, E.H. (2002). What’s unique about men’s caregiving? En B.J. Kramer y E.H. Thompson Jr. (eds.), *Men as Caregivers*, 20-47. Nueva York: Springer.

Ulusoy, N., Grässel, E., (2010). [Turkish emigrants in Germany. Deficits in home care knowledge and health services - a review]. *Z Gerontol Geriatr*. 43 (5) ,330-8. doi: 10.1007/s00391-010-0105-x. Epub 2010 10 de abril. Alemán. PMID:20379726[PubMed - Medline]

- Vaquiros S, Stieповich J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Cienc. enferm*, 16(2), 17-24.
- Vlassof, C., & Garcia-Moreno, C. (2002). Placing gender at the centre of health planning: challenges and limitations. *Social Science & Medicine*, 54, 1713–1723.
- Van Houtven, C.H., Coe, N.B., Skira, M.M., (2013). The effect of informal care on work and wages. *J Health Econ*. 32(1), 240-52. doi: 10.1016/j.jhealeco.2012.10.006. Epub 2012 Oct 26. PMID:23220459[PubMed - indexed for MEDLINE]
- Van Oorschot, W., y Uunk, W. (2007). «Welfare spending and the public’s concern for immigrants. Multilevel evidence for eighteen European countries». *Comparative Politics*, 40(1), 63-82.
- Van Damme-Ostapowicz, K., Krajewska-Kulak, E., Rozwadowska, E., Nahorski, W.L., Olszański, R., (2012). Quality of life and satisfaction with life of malaria patients in context of acceptance of the disease: quantitative studies. *Malar J*, 29(11), 171. doi: 10.1186/1475-2875-11-171.
- Van Campen, C., de Boer, A.H., Iedema, J., (2013). Are informal caregivers less happy than noncaregivers? Happiness and the intensity of caregiving in combination with paid and voluntary work. *Scand J Caring Sci*. 27(1), 44-50. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00998.x. Epub 2012 May 10.
- Vega, OM. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enf. Global*. Nº 16.
- Vellisca, O. (2003). Extranjeros en el “paraíso” europeo. El colectivo inmigrante en el mercado laboral. Lan Harremanak. *Rev de Rela Labo*, 8, 73-98.

- VerbeeK, H., Meyer, G., Leino-Kilpi, H., Zabalegui, A., Hallberg, I.R., Saks, K., Soto, M.E., Challis, D., Sauerland, D., Hamers, JP., (2012), Right Time Place Care Consortium. A European study investigating patterns of transition from home care towards institutional dementia care: the protocol of a RightTimePlaceCare study. *BMC Public Health*. 23(12), 68. doi: 10.1186/1471-2458-12-68.
- Vitaliano, P.P., Zhang, J., y Scanlan, J.M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 946-972.
- Virtanen, M., Kivimaki, M., Elovainio, M., Vahtera, J., y Ferrie, J. (2003). From insecure to secure employment: changes in work, health, health related behaviours and sickness absence. *Occup. Environ. Med.*, 60, 948-953.
- Von Känel, R., Mausbach, B.T., Mills, P.J., Dimsdale, J.E., Patterson, T.L., Ancoli-Israel, S., Ziegler, M.G., Allison, M., Chattillion, E.A., Grant, I., (2013) Relación Longitudinal de satisfacción bajo Leisure pero los síntomas no depresivos Con sistémica de bajo grado Inflamación en la demencia cuidadores. *J Gerontol B Psychol Sci. Soc. Sci.* [Epub ahead of print]PMID: 23650246[PubMed - según lo provisto por el editor]
- Warr, P., Cook, J., Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *J Occup Psychol*, 52,129-148.
- Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortesen, P., y Bonde, J. (2005). Occupational risk of affective and stress-related disorders in the Danish workforce. *Scan. Journal Environ Health*, 31, 343-351.
- Wino, A., Strauss, E, Nordberg, G., Sassi, F., y Johansson, L. (2002). Time spent on informal and formal care giving for persons with dementia in Sweden. *Health Policy*, 61, 255-268.

- Yee, J.J., y Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *The Gerontologist*, 40, 147-164.
- Yonte, F., Urién, Z., Martín, M., Montero, MR.. (2010). Sobrecarga del cuidador principal. Revista científica de enfermería. *NURE Investigación*, nº 48. Disponible:
http://www.fuden.es/ponencia_detalle.cfm?ID_ponencia=70&FilaInicio=1
- Yiengprugsawan, V., Somboonsook, B., Seubsman S.A., Sleigh, A.C., (2012). Happiness, Mental Health, and Socio-Demographic Associations Among a National Cohort of Thai Adults. *J Happiness Stud.*13(6),1019-1029.PMID:23304071[PubMed]
- Zabalegui A, Juando C. (2004). Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Rev Geroko*, 15(4), 199-208.
- Zabalegui, A. (2007). Revisión de evidencias: cuidadores informales de personas mayores de 65 años. *Index Evidentia*, 4(13). Disponible: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/291articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
- Zabalegui, A., Bover, A., Rodríguez, E., Cabrera, E., Diaz, M., Gallart, A., González, A., Gual P., Izquierdo, M.D., López, L., Pulpón, A.M., Ramírez, A. (2008). Informal caregiving: perceived needs. *Nurs Sci Q.* 21(2), 166-72. doi: 10.1177/0894318408314978.PMID:18378827[PubMed - indexed for MEDLINE]
- Zabalegui, A., Hamers, J.P., Karlsson, S., Leino-Kilpi, H., Renom-Guiteras, A., Saks, K., Soto, M., Sutcliffe, C., Cabrera, E., (2014) Best practices interventions to improve quality of care of people with dementia living at home. *Patient Educ Couns.* 2014 Jan 30. pii: S0738-3991(14)00044-5. doi:

10.1016/j.pec.2014.01.009. [Epub ahead of print]

Review.PMID:24525223[PubMed - as supplied by publisher]

Zapater, F. (2006). Impacto del cuidado de los nietos en la salud percibida y el apoyo social de las abuelas. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 37(7), 374-379.

Zarit Sh, Reever KE, Bach-Peterson J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *Gerontologist*, 20, 649-654.

Zarit, S.H., Stephens, M.A., Townsend, A., & Greene, R. (1998). Stress Reduction for Family Caregivers: Effects of Adult Day Care Use. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 53(5), 267-S277.

Zarit, S. H. y Leitsch, S. A., (2001). Developing and evaluating community based intervention programs for Alzheimer's patients and their caregivers. *Aging and Mental Health*, 5(1), S84-S98.

Zuralska, R., Sein, J., Majkowicz, M., Rózycka, D., (2013). [The perception of social support by students of the 2nd year nursing faculty of the Medical University of Gdańsk]. *Przegl Lek.* 2013;70(8):569-71. Polish.PMID:24466696[PubMed - indexed for MEDLIN].

Capítulo 12

Anexos

Anexo 1

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Nuestra intervención va a estar basada fundamentalmente en un programa de Educación Sanitaria grupal, entendida ésta, como un proceso activo de adquisición de conocimientos y modificación de hábitos y actitudes, tendentes a mejorar y mantener el estado de salud, propiciando, entre otras cosas, el manejo efectivo del rol de cuidadoras.

Las estrategias que utilizaremos para obtener el mejor resultado estarán basadas, en la comunicación persuasiva, la reestructuración cognitiva y la motivación, con el objetivo de que nuestras usuarias adquieran las competencias necesarias para gestionar su vida cotidiana, manejando adecuadamente su salud y la de la persona que cuidan.

Metodología

La metodología será eminentemente práctica y participativa.

Las técnicas pedagógicas empleadas serán: seminario- taller, tormenta de ideas, simulación de problemas y realización de actividades prácticas atractivas y amenas.

Irà dirigida, como ya hemos comentado, a cuidadoras inmigrantes y autóctonas (que prestan cuidados a personas dependientes en sus domicilios), que constituirán el grupo intervención. Se formarán grupos homogéneos de acuerdo a: tipos de procedencias, origen socio-cultural, edad, nivel de conocimientos previos y capacidad de aprendizaje. Los

talleres tendrán una duración de 1 hora y 30 minutos, se realizarán cuatro sesiones, en cuatro días de cuatro semanas consecutivas: cuatro martes consecutivos o cuatro jueves consecutivos.

En la primera sesión se realizará una presentación de los participantes y el docente. La disposición de las sillas será circular. La función del profesional consistirá en fomentar la participación, evitar protagonismos excesivos y conseguir que se alcancen los objetivos propuestos para cada sesión.

Según la bibliografía consultada, consideramos conveniente un nº de participantes que oscile entre 10 y 12.

Cada sesión estará estructurada y comprenderá aspectos teóricos, prácticos y de discusión conjunta.

En la 1ª sesión se pasarán los cuestionarios validados: Satisfacción vital Diener , apoyo social funcional Dunk-Unc, Índice del cansancio del cuidador, Satisfacción laboral Warr (anexo3). En cada sesión se pasará además un cuestionario antes y después de impartirla, con el fin de evaluar la adquisición de conocimientos (anexo4). Si durante todas estas fases en las que estaremos en contacto con el usuario, se detectasen problemas de salud, completaremos esta intervención multidisciplinar derivando a su MF.

Recursos humanos y materiales

Enfermera, será la encargada de impartir las sesiones.

El material necesario:

- Cañón, ordenador portátil, grabadora, pizarra, etc.
- Material educativo de soporte trópticos sobre: alimentación sana, administración de insulina, higiene adecuada, ejercicios y

posturas ergo- dinámicas, como evitar enfermedades de transmisión sexual, etc.

Contenido y actividades didácticas

En el primer taller, el alumnado profundizará en el conocimiento de técnicas para los cuidados básicos, que ellas poseen de sus culturas de origen y los conocimientos del cuidado existentes, en la realidad del país de acogida (España): la nutrición, higiene, ejercicio, en el enfermo y el cuidador, primeros auxilios, gestiones domésticas o grado de dependencia de las personas a atender. Así, se abordan temas como el apoyo sociosanitario, la identificación y manejo de riesgos en situaciones graves. Con el objetivo de conocer creencias sobre la salud: convicciones personales que influyen en la conducta hacia la salud y preparación del cuidador domiciliario.

El segundo se centrará en: habilidades ergonómicas que les permita adoptar las posturas más adecuadas a la hora de desarrollar su labor, evitar el cansancio del rol del cuidador, aprender técnicas de relajación, en la planificación familiar y en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, fundamentalmente del VIH, Con el objetivo de mejorar la atención y promover la salud entre las minorías étnicas, eliminando las barreras que dificultan su acceso al sistema sanitario público.

El tercero se centrarán en conocimiento de habilidades sociales, tanto para la expresión de emociones y sentimientos, como para la resolución de los conflictos que puedan presentarse en el día a día, conocer los centros de atención al inmigrante y asociaciones de cuidadoras tanto del ayuntamiento como de asociaciones no gubernamentales y

asociaciones de vecinos del barrio en el que viven, así, se abordan temas como el apoyo social, que tiene como objetivo conseguir una población inmigrante y autóctona cada vez más sana –a través de iniciativas de promoción y educación para la salud- y con una completa accesibilidad al Sistema Sanitario y Social Público –facilitando la obtención de la tarjeta sanitaria, entre otros trámites administrativos. Ejercicios de memoria y habilidades psicomotriz para practicar con la persona cuidada y con ellas mismas. Así como aprenderán a realizar ejercicios de fortalecimiento de espalda, que practicarán en el seminario taller las cuidadoras y realizarán en casa posteriormente tres veces en semana.

El equipo docente está formado por profesionales: Enfermera de Atención Primaria, Trabajador/a Social, y Médico/a si precisa derivación. En las distintas asociaciones y juntas de distrito de atención al inmigrante y asuntos sociales, pueden disponer de asesoramiento con, Trabajo Social, Psicología y Derecho, quienes también se ocuparán de darles recursos para la búsqueda de empleo y tramitación de documentos legales.

El programa consistirá en tres sesiones de 1 hora y 30 minutos cada una.

ANEXO: METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN MULTICOMPONENTE EN CUIDADORAS INMIGRANTES			
NOC: OBJETIVOS	CONTENIDOS ACTIVIDADES DIDACTICAS	NIC: INTERVENCIONES	
1ª	<p>NOC 1700. Creencias sobre la salud: convicciones personales que influyen en la conducta hacia la salud.</p> <p>NOC 2202. Preparación del cuidador familiar domiciliario: conocimiento de los cuidados, cuidados urgentes, como administrar tratamientos, dieta y actividad prescrita, de donde obtener el equipamiento necesario, del funcionamiento del equipamiento para los cuidados, conocimiento de las visitas de los profesionales sanitarios y como acudir a ellos, etc.</p>	<p>-Los participantes aportarán sus conocimientos sobre la cultura del cuidado de sus países.</p> <p>- Uso adecuado de la higiene.</p> <p>-Importancia de la actividad física y ejercicios de rehabilitación, práctica adecuada y frecuencia evitando úlceras por presión para la persona cuidada y favoreciendo la salud emocional y física de la cuidadora. Demostraciones de cómo realizar cambios posturales, número de veces al día, según sean prescritas las actividades a realizar.</p> <p>-Instrucciones sobre cómo obtener ayuda médica en las situaciones graves.</p> <p>-Técnica de relajación 10-15min finales</p>	<p>-NIC 7330: Intermediación cultural</p> <p>-NIC 7040: Apoyo cuidador principal: Técnicas para los cuidados básicos: la alimentación e higiene en el enfermo y el cuidador, primeros auxilios, gestiones domésticas o grado de dependencia de las personas a atender.</p> <p>-NIC 5440: Aumentar los sistemas de apoyo: se abordan temas como el apoyo socio-sanitario, cuando y como acudir a ellos.</p> <p>-NIC 4420: Acuerdo con el paciente.</p> <p>-NIC 6040: Terapia de relajación simple.</p>

<p>2ª</p>	<p>-NOC 1602: Conducta de fomento de la salud.</p> <p>-NOC1905: Control del riesgo: enfermedades de transmisión sexual (ETS).</p> <p>-NOC 1806: Conocimiento: recursos sanitarios.</p> <p>-NOC 2508. Bienestar del cuidador principal (satisfacción con la salud emocional, física, estilo de vida, rol y capacidad de relax, etc.)</p> <p>NOC 1911: conducta de seguridad personal.</p>	<p>-Concienciación de la necesidad de abordar la planificación familiar, o la revisión ginecológica.</p> <p>-Enfermedades de transmisión sexual, como evitarlas y llevar una vida plena sexualmente.</p> <p>-El VIH como principal enfermedad de transmisión sexual, como evitarlo.</p> <p>-Cómo acceder a los recursos sanitarios para planificación familiar, revisiones e información.</p> <p>-Evitar el cansancio del rol del cuidador</p> <p>.Técnica de relajación 20 min</p> <p>-Se debe tomar medidas ergonómicas para desarrollar su trabajo de la forma más adecuada para la salud de la cuidadora.</p>	<p>-NIC 6610: Identificación de riesgos: Identificar las estrategias habituales de resolución de problemas que conoce culturalmente la persona, ante enfermedades de transmisión sexual.</p> <p>-NIC 5622: Enseñanza sexo seguro: Planificación familiar, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH, etc. Facilitar el acceso al sistema sanitario público.</p> <p>-NIC 5440: Aumentar los sistemas de apoyo: se abordan temas como el apoyo sociosanitario, cuando y como acudir a ellos</p> <p>-NIC 5370: Potenciación de roles: El rol del cuidador</p> <p>-NIC 4500: Prevención de consumo de sustancias nocivas (estilos de vidas).</p> <p>-NIC 6040: Terapia de relajación simple.</p> <p>-NIC 6489: Manejo ambiental: seguridad de la trabajadora: técnica ergonómica permita adoptar las posturas adecuadas trabajando.</p>
<p>3º</p>	<p>NOC 2202. Preparación del cuidador familiar domiciliario: conocimiento de los cuidados, dieta y actividad prescrita.</p>	<p>- Uso adecuado de la alimentación</p> <p>-Resolución de casos prácticos. Partiendo de las costumbres y gustos de los participantes elaboraremos menús y se corregirán errores.</p> <p>-Importancia de la actividad física y ejercicios de</p>	<p>-NIC 7040: Apoyo cuidador principal: Técnicas para los cuidados básicos: la alimentación en el enfermo y el cuidador</p> <p>-NIC 0200: Fomento del ejercicio tanto para la cuidadora, como para la persona cuidada.</p>

	<p>NOC 0908. Memoria. Capacidad para recuperar y comunicar la información previamente almacenada.</p>	<p>rehabilitación, práctica adecuada y frecuencia evitando úlceras por presión para la persona cuidada y favoreciendo la salud emocional y física de la cuidadora.</p> <p>-Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas.</p>	<p>-NIC 6040: Terapia de relajación simple.</p> <p>-NIC 4760: Entrenamiento de la memoria</p>
4º	<p>-NOC 1503. Implicación social: facilitar el apoyo social, de amigos y vecinos y comunidades de inmigrantes.</p> <p>1. Mejorar el apoyo social de la mujer trabajadora (cuidadora inmigrante)</p> <p>2. Integrarlas en las asociaciones de vecinos del barrio, que promueven diferentes actividades.</p> <p>3. Promover el asesoramiento legal a la mujer trabajadora inmigrante.</p> <p>-NOC 1502. Habilidades de interacción social -NOC 2700. Competencia social. Capacidad de una comunidad para resolver problemas colectivamente</p>	<p>-Información de recursos disponibles sociales, donde se sitúan las juntas de distritos y servicios sociales del ayuntamiento, más próximos. Redes online de cuidadoras inmigrantes.</p> <p>-Información de recursos disponibles en asociaciones de vecinos (donde realizan diferentes actividades: baile, hablar con diferentes personas en la asociación, excursiones, viajes de cercanía, grupos de senderismo, etc.) e inmigración del barrio, así como redes sociales (redes en interne de cuidadoras, etc.)</p> <p>-Asesoramiento legal se remitirá a la asociación de inmigrante.</p> <p>-Fomentar las actividades sociales y comunitarias. -Utilizar formas/métodos de resolución de conflictos.</p>	<p>-NIC 5240: Asesoramiento:</p> <p>1. Asociaciones de inmigrantes y redes sociales disponibles.</p> <p>2. Acceso a servicios sociales, recursos disponibles de los mismos</p> <p>3. Asesoramiento legal.</p> <p>-NIC 5100: Potenciación de la socialización: Profundizará en el conocimiento de habilidades sociales, tanto para la expresión de emociones y</p>

	<p>para conseguir objetivos comunitarios.</p>	<p>-Técnica de relajación 20 min.</p>	<p>sentimientos como para la resolución de los conflictos que puedan presentarse en el día a día.</p>
--	---	---------------------------------------	---

Anexo 2

DOCUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

Edad	
Nivel de estudios	Nunca escolarizado Primarios Secundarios (bachillerato, formación profesional) no Universitarios
Idiomas	
País de procedencia	
Ocio	Teatro baile, nada, cine, lee, estudia, sale con los amigos.
Tiempo de residencia en España	A partir de 2 meses...
Estado civil	Soltera, separada/divorciada, viuda, casada o vive en pareja (señale cual)
Carga familiar	Hijos en su país. Hijos con los que convive en España. Hijos y pareja en su país. Hijos y pareja con los que convive en España. Familiares, pareja en su país. Familiares en España
Estatus de residencia	Con papeles /Sin papeles
Situación laboral	Con contrato, autónomo, sin contrato., ama casa, paro, jubilada
Convive con: La persona cuidada.	Si, No
Vive Solo.	Si, No
Tiempo en este trabajo	
Tareas en este trabajo	Alimentarla, asearla ayuda en eliminación, vestirla, movilizarla, entretenerla, vigilar/acompañar, dar la medicación, curar alguna herida superficial, saber actuar cuando empeora su salud y limpiar la casa, ir de compra o al médico por medicamentos para la persona cuidada.
Tiene otro trabajo.	Si, No
Horario	
Salario	
Días a la semana que trabaja	

Anexo 3

Cuestionarios de satisfacción vital, felicidad, apoyo social, índice esfuerzo del cuidador y satisfacción laboral.

Diener . Satisfacción vital

Instrucciones: por favor, lea atentamente cada una de las preguntas y marque con una “X” la que corresponda con su situación personal. En caso de que puedan darse varias respuestas, marque la principal o la que corresponda a su situación personal actual; marque solo una opción. Es un cuestionario totalmente **anónimo**; no escriba nombre ni nada que pueda identificarle. Estos datos solamente serán utilizados para la investigación por lo que rogamos **contesten con sinceridad**. Muchas gracias.

Responde con sinceridad a estas preguntas sobre cómo te sientes en tu vida en general EN ESPAÑA:

	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	De acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Casi todo en mi vida, responde a mis aspiraciones	1	2	3	4	5
2. Las condiciones de mi vida son buenas	1	2	3	4	5
3. Estoy satisfecho con mi vida	1	2		4	5
4. Hasta ahora, he logrado cosas que eran importantes para mí	1	2	3	4	5
5. Si volviese a nacer, cambiaría pocas cosas de mi vida	1	2	3	4	5
6. Me siento feliz	1	2	3	4	5

Duke- Unc. Apoyo social

Lee atentamente cada frase y marca con una “X” la opción que creas más real en tu vida:

	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Siempre
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2. Recibo ayudas en asuntos relacionados con mi casa					
3. Recibo elogios o reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5. Recibo amor y afecto					
6. Tengo posibilidad de hablar con alguien de los problemas en el trabajo y/o en la casa					
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo					

Índice de esfuerzo del cuidador

Rodee con un círculo la respuesta que corresponda, en las 13 preguntas.

1. Tiene trastornos de sueño (Ej. porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche)	SI	NO
2. Es un inconveniente (Ej. porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar).	SI	NO
3. Representa un esfuerzo físico (Ej. hay que sentarlo, levantarlo de una silla).	SI	NO
4. Supone una restricción (Ej. porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas).	SI	NO
5. Ha habido modificaciones en la familia (Ej. porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad)	SI	NO
6. Ha habido cambios en los planes personales (Ej. se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones)	SI	NO
7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (Ej. por parte de otros miembros de la familia)	SI	NO
8. Ha habido cambios emocionales (Ej. causa de fuertes discusiones)	SI	NO
9. Algunos comportamientos son molestos (Ej. la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas)	SI	NO
10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (Ej. es un persona diferente de antes).	SI	NO

11. Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda)	SI	NO
12. Es una carga económica	SI	NO
13. Nos ha desbordado totalmente (Ej. por la preocupación acerca de persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento).	SI	NO

Warr,Cook y Wall. Satisfacción laboral.

Pon una X en el recuadro que corresponda, en las 14 preguntas

Estoy satisfecho con:	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Moderadamente Satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
1. Condiciones físicas del trabajo							
2. Libertad para elegir tu propio horario							
3. Tus compañeros de trabajo							
4. Reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho							
5. Tu superior inmediato							
6. Responsabilidad que se te ha asignado							
7. Tu salario							
8. La posibilidad de mejorar de trabajo							
9. Tus posibilidades de promocionar							
10. El modo en que la casa y el cuidado del anciano está organizado							
11. La atención que se presta a las sugerencias que haces							
12. Tu horario de trabajo							
13. La variedad de tareas que realizas en tu trabajo							
14. Tu estabilidad en el empleo							

Anexo 4

Test de conocimientos 1, 2 y 3.

CUESTIONARIOS DE EVALUACION DE ADQUISICION DE CONOCIMIENTOS

Anexo 4: Cuestionarios de adquisición conocimientos.

Indicadores de resultados: cuestionarios de evaluación.

Control del riesgo: Salud de los cuidadores.

Dominio: Conocimiento y conducta en salud.

Clase: Control de riesgo y seguridad.

Escala: Ninguna a Muy buena.

Definición: Acciones para eliminar o reducir las amenazas para la salud de los cuidadores.

Seleccionamos como objetivos específicos algunos criterios de resultados enfermeros (CRE-NOC), con los cuales elaboraremos un cuestionario, que se pasará en la 1ª sesión y última para su posterior evaluación:

NOC 1700. Creencias sobre la salud: convicciones personales que influyen en la conducta hacia la salud.

NOC 2202. Preparación del cuidador familiar domiciliario:

220206. Conocimiento del régimen de tratamiento recomendado (dieta, etc.).

220207. Conocimiento del procedimiento de los tratamientos recomendados.

220219. Conocimiento de donde obtener el equipamiento necesario.

220220. Conocimiento de funcionamiento del equipamiento necesario.

220208. Conocimiento de la actividad prescrita.
220209. Conocimiento del seguimiento de los cuidados.
220210. Conocimiento de cuidados urgentes.
220213. Conocimiento de las visitas a los profesionales sanitarios.
220214. Apoyo social.
220217. Implicación del receptor de los cuidados en el plan asistencial.
- NOC 1502. Habilidades de interacción social.
- NOC 2508. Bienestar del cuidador principal:
250801. Satisfacción con la salud física.
250802. Satisfacción con la salud emocional.
250803. Satisfacción con el estilo de vida.
250805. Satisfacción con el apoyo social.
250806. Satisfacción con el apoyo instrumental.
250807. Satisfacción con el apoyo profesional.
250808. Satisfacción con las relaciones sociales.
250812. Disponibilidad de descansos.
250809. Rol del cuidador.
- NOC 1602: Conducta de fomento de la salud.
- NOC1905: Control del riesgo: enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- NOC 1806: Conocimiento: recursos sanitarios.
- NOC 1503. Implicación social.
15030. Interacción con amigos.
150302. Interacción con vecinos.
150303. Interacción con miembros de la familia.
- Intervenciones seleccionadas para desarrollar las secciones:

NIC 5100: Potenciación de la socialización

NIC 7040: Apoyo cuidador principal.

NIC 6489: Manejo ambiental: seguridad de la trabajadora.

NIC 0200: Fomento del ejercicio.

NIC 5440: Aumentar los sistemas de apoyo

NIC 5370: Potenciación de roles: El rol del cuidador

NIC 6610: Identificación de riesgos: Identificar las estrategias habituales de resolución de problemas que conoce culturalmente la persona, ante enfermedades de transmisión sexual.

NIC 5622: Enseñanza sexo seguro: Planificación familiar, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH, etc. Facilitar el acceso al sistema sanitario público.

NIC 4500: Prevención de consumo de sustancias nocivas.

NIC 6040: Terapia de relajación simple.

NIC 7330: Intermediación cultural.

NIC 4410: Establecimiento de objetivos comunes.

NIC 4420: Acuerdo con el paciente.

Indicadores:

- Reconoce los riesgos (aislamiento, sedentarismo, etc.).
- Reconoce la capacidad de cambiar la conducta.
- Evita el consumo de hábitos tóxicos.
- Utiliza técnicas para controlar el estrés.
- Sigue las estrategias de control de peso.
- Sigue la dieta recomendada.

- Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente cuando los necesita.
- Busca información sobre los métodos para mantener la salud.
- Utiliza las medicaciones prescritas.
- Participa en ejercicio regular.
- Reconoce y utiliza sistemas de apoyo social e instrumental.

Valoración: valorar de 1 a 5 según se manifieste cada indicador:

1. Ninguna 2. Poca 3. Regular 4. Buena 5. Muy buena.

1ª Sesión

1. - Los valores normales de glucemia son:

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entre 80 y 110 | <input type="checkbox"/> Entre 110 y 180 | <input type="checkbox"/> No sé |
| <input type="checkbox"/> Entre 70 y 100 | <input type="checkbox"/> Entre 80 y 120 | |

2.-Cuál de los siguientes síntomas nos indican que tiene una hipoglucemia:

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Boca seca | <input type="checkbox"/> Orinar muy a menudo |
| <input type="checkbox"/> Temblor | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho |
| | <input type="checkbox"/> No sé |

3. -¿Qué síntomas nos indican que tiene una hiperglucemia o que tenemos el azúcar elevado en sangre?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Temblor | <input type="checkbox"/> Ganas de comer | <input type="checkbox"/> Orinar muy a menudo |
| <input type="checkbox"/> Tener buen estado de animo | <input type="checkbox"/> No sé | |

4.- Señale los alimentos que puede tomar para su glucemia (Azúcar):

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chocolate | <input type="checkbox"/> Hojaldres | <input type="checkbox"/> Arroz |
| <input type="checkbox"/> Azúcar | <input type="checkbox"/> No sé | |

5.- Practicar ejercicio físico es tan importante como tomar la pastilla o inyectarnos Insulina.

- 1 No 2 Regular 3 Si 4 Puede ser 5 No sé

6. - Con el ejercicio físico

- 1 Sube el azúcar 3 Baja el azúcar 5 No sé
2 No se modifica 4 Baja el azúcar pero sube la tensión arterial.

7.- Señale que debe hacer si tiene fiebre o está enfermo:

- 1 Acudir al Médico de Familia 2 Tomar mucha agua
3 No inyectarle insulina 5 No sé
4 No tomar la pastilla de su diabetes, de la tensión.

8. -¿Cada cuánto tiempo debe asearla si esta en cama la persona cuidada?:

- 1 Todos los días 3 Una vez a la semana
2 Cuando suden o huelan 4 Cada dos o tres días.
5 No sé

9.- Cuando realiza el aseo en cama, inmediatamente después de secar la piel con una Toalla.

- 1 Le pongo la ropa
2 Le doy con alcohol en la espalda, y le refresca mucho.
3 Le pongo colonia
4 Le pongo crema hidratante/aceites protectores y le doy un masaje en espalda.
5 No sé

10. - Señale solo las cifras normales de tensión arterial

- 1 140/90 3 130/80 5 No sé
2 120/90 4 130/100

11. - Señale el alimento que NO se deben de tomar para la hipertensión

- 1 Pollo 3 Pan 5 No sé
 2 Queso blanco 4 Queso manchego.

12. -. - Señale la bebida que deben evitarse en la hipertensión

- 1 Agua 3 Vinos 5 No sé
 2 Zumos 4 Infusiones

13. - Señale el producto con un alto contenido en colesterol

- 1 Salchichas 3 Queso fresco 5 No sé
 2 Patatas fritas 4 Merluza

2ª Sesión

1. - Señale las bebidas que toma habitualmente comiendo

- 1 Agua 3 Vino tinto, blanco o dulce 5 cervezas
 2 Refrescos con gas 4 Zumos

2. - Señale que órganos pueden verse afectados por el consumo de tabaco

- 1 El corazón 3 Los vasos sanguíneos 5 Todos ellos
 2 No sé 4 los pulmones

3. - Señale que método anticonceptivo conoce que sea más efectivo.

- 1 La píldora del día después 3 Preservativo 5 El coito interruptor.
 2 Las cremas espermicidas 4 No sé

4.- Señale qué medida es más efectiva para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

- 1 Píldora anticonceptiva
 2 Preservativo
 3 El DIU
 4 No sé

5 Lavarse zona genital al tener relaciones

5.- Señale las vías de contagio del sida

- 1 La saliva
- 2 El sudor
- 3 La sangre.
- 4 La orina
- 2 Todas

6.- Señale donde se tiene que dirigir para planificación familiar.

- 1 Clínicas privadas, son mejor. 3 Centro de salud que corresponda.
- 2 El hospital 4 Médicos de pagos. 5 No sé

7.- Señale como moviliza al enfermo en la cama.

- 1 Lo cojo en brazos. 3 Giro hacia los lados en la cama c/2-3 horas.
- 2 Tiro de sus brazos. 4 No lo muevo, pesa mucho. 5 No sé.

8. - Señale que recursos conoce para evitar cansarse del cuidado diario de la persona a la que cuida.

- 1 Técnicas de relajación. 3 Estoy muy cansada 5 No sé
- 2 Ninguno. 4 Casi siempre estoy con intranquilidad/triste

3ª Sesión.

1. Tengo información adecuada de donde se encuentra la junta de distrito del barrio donde vivo para empadronarme, etc.

- 1 Ninguna 2 Poca 3 Regular 4 Buena 5 Muy buena.

2. Tengo información adecuada de donde se encuentra los servicios sociales que atienden al inmigrante y autoctono, más cercano, al barrio en el que vivo o trabajo.

- 1 Ninguna 2 Poca 3 Regular 4 Buena 5 Muy buena.

3. Tengo información adecuada de donde se encuentra la asociación de vecinos del barrio donde vivo o trabajo.
1 Ninguna 2 Poca 3 Regular 4 Buena 5 Muy buena.

4. Tengo información adecuada de donde se encuentran la asociación de inmigrantes, más cercana, al barrio donde vivo o trabajo.
1 Ninguna 2 Poca 3 Regular 4 Buena 5 Muy buena.

5. Tengo información adecuada, de donde preguntar, para asesorarme legalmente de mi situación y cómo regularla.
1 Ninguna 2 Poca 3 Regular 4 Buena 5 Muy buena..


6. Tengo información adecuada de páginas web para aprender idiomas, técnicas del cuidado, otras actividades que me interesen.
1 Ninguna 2 Poca 3 Regular 4 Buena 5 Muy buena.

7. Tengo buena relación con amigos inmigrantes o familiares para poder contarles y hablar de mis cosas.
1 Ninguna 2 Poca 3 Regular 4 Buena 5 Muy buena.

8. Tengo buena relación con amigos españoles o familiares para poder contarles y hablar de mis cosas.
1 Ninguna 2 Poca 3 Regular 4 Buena 5 Muy buena.

Anexo 5

Autorización de la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria del Distrito Sanitario Málaga.

 Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

ANEXO 4

INFORME DE LA COMISIÓN DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN SANITARIA

D. Juan Manuel Jiménez Muñoz, Presidente de la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria del Distrito Sanitario Málaga,

CERTIFICA

Que esta Comisión ha evaluado la propuesta del promotor para que se realice el estudio

Estudio sobre las vivencias de mujeres inmigrantes cuidadoras de personas con discapacidad.
Evaluación de una intervención multidisciplinar

y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Por tanto, este Comité acepta que dicho estudio sea realizado en el/los Centros

PUERTA BLANCA, DELICIAS, TORCAL Y EL PALO,


por.....REMEDIOS ROJANO PÉREZ..... como investigador principal.

Lo que firmo en Málaga, a 27 de MAYO de 2009

Firmado:
Director de A. E. de Enfermería
Distrito Sanitario Málaga

Fdo. Francisco Javier Martín Santos
Juan Manuel Jiménez Muñoz

Presidente de la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria del DS Málaga



c/ Sevilla, 23. 29009 Málaga
Teléf. 951 03 13 00. Fax 951 03 13 05

Anexo 6

Autorización de consentimiento informado del participante.

Consentimiento informado

Título del estudio:

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS Y SATISFACCIÓN VITAL DE LAS CUIDADORAS INMIGRANTES Y AUTÓCTONAS (CIA).

Yo,.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado, he podido hacer preguntas sobre el estudio, he recibido suficiente información sobre el estudio, he hablado con:(nombre de la investigadora)

Comprendo que mi participación es voluntaria, comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados o atención sanitaria.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

En Málaga a de de 200

Firma del participante

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, la Unidad de Efectividad e Investigación del Distrito Sanitario Málaga, le informa que sus datos personales obtenidos o recogidos en su historia de salud, serán incorporados y protegidos para su tratamiento a un fichero automatizado cuya gestión y custodia será responsabilidad del investigador principal del estudio. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad el estudio científico del que ha sido informado/a y para el cual presta su consentimiento. De conformidad con la Ley 34/2002 y la Ley Orgánica 15/1999 puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos dirigiendo un escrito a la Unidad de Efectividad e Investigación del Distrito Sanitario Málaga.

Nota: Entregar una copia al participante y retener otra copia firmada para el investigador.

Anexo 7

Aportación artículos publicados relacionados con la tesis.

Titulo: Resultado del impacto de una intervención multicomponente en conocimientos adquiridos, apoyo social y sobrecarga de cuidadoras inmigrantes.

Publicado en: NURE Inv [Internet]. mar-abr, 10(63):[aprox. 13 p.].

Disponible:http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE63_original_impactomulti.pdf)

En prensa:

Titulo: Cuidadoras inmigrantes de personas mayores en Málaga. Factores que intervienen en su satisfacción vital.

Artículo enviado para publicación en "Enfermería Comunitaria", de Fundación Index <secretaria@ciberindex.com> Número de referencia: 7861.